ROK VII. LIPIEC — SIERPIEŃ 1931 r. ZESZYT 4

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24—Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

CENA OGŁOSZEŃ:

Okładka		Karta biała lub kolorowa			
		przed tekstem		w tekście	
3 strona . .	40 zł.	Jedna strona . .	50 zł.	Jedna strona	40 zł.
4 „ . .	50 „	Obie strony . .	80 „	Obie strony	70 „

Przed tekstem lub w tekście Redakcja może umieszczać ogłoszenia drukowane tylko na oddzielnych kartach.
Wszelkie wkładki według umowy.
Redakcja zastrzega sobie prawo nieprzyjęcia ogłoszenia.

Ogłoszenia i prenumeratę należy przysyłać pod adresem:
Wilno, ul. Św. Ignacego Nr. 5. Tow. Wyd. „Pogoń", Drukarnia „Pax".

ROK VII. LIPIEC — SIERPIEŃ 1931 r. ZESZYT 4.



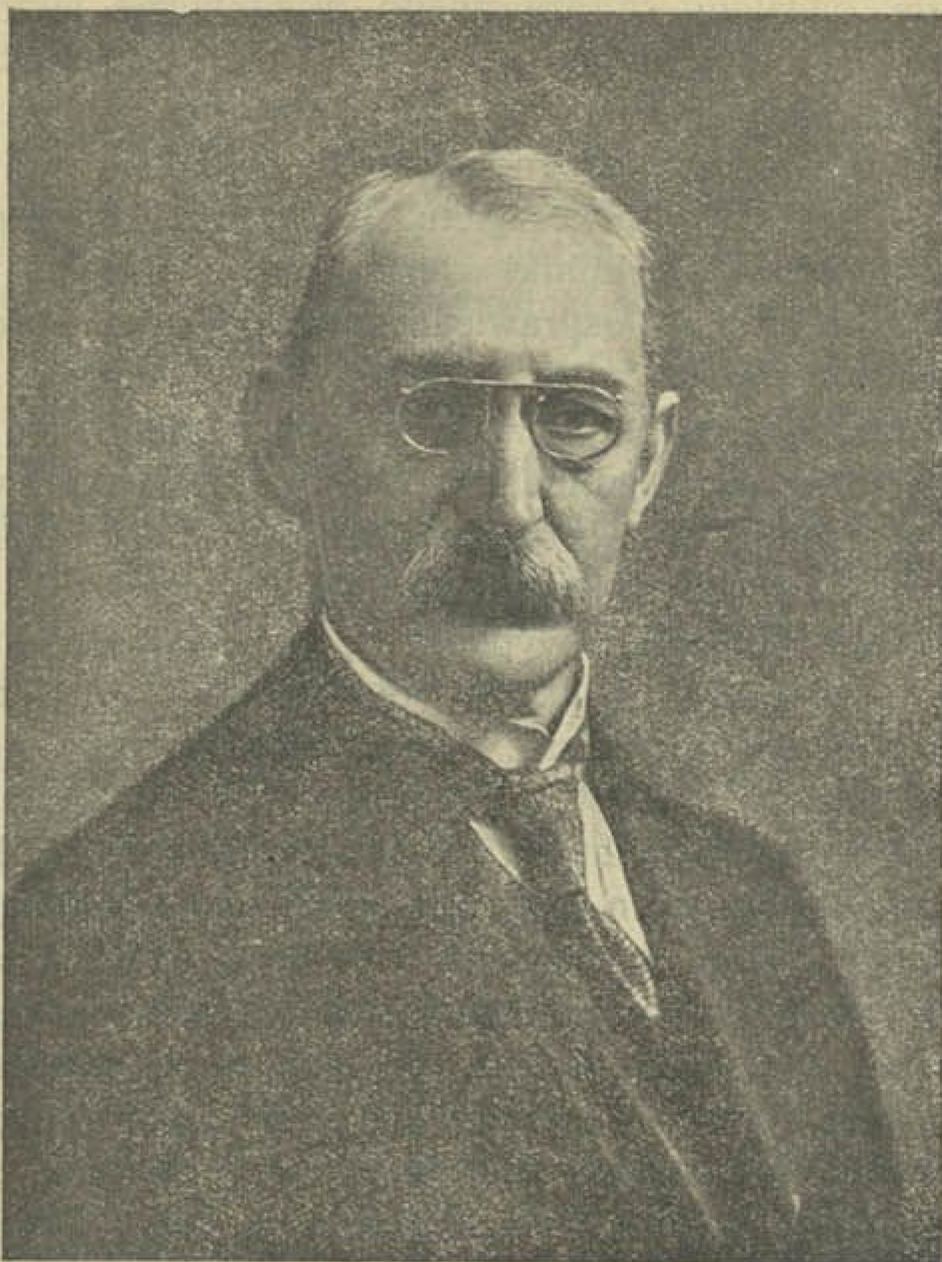
PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



W I L N O,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUKARNIA „PAX". WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.



Ś. p. D-r Bronisław Sawicki

honorowy profesor chirurgji Uniwersytetu Warszawskiego, członek honorowy Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dnia 11-go stycznia 1931 roku chirurgja polska, a z nią cały świat lekarski w Polsce, poniosła bolesną stratę; w tym bowiem dniu zmarł w Warszawie jeden z najlepszych przedstawicieli chirurgji polskiej, ś. p. prof. d-r Bronisław Sawicki.

Urodził się na Podlasiu w roku 1860, szkołę średnią ukończył w Siedlcach, studja lekarskie odbył w Uniwersytecie warszawskim, który ukończył w r. 1883. Odtąd na całe życie związał się z Warszawą. W ciągu pierwszych dziewięciu lat po ukończeniu studjów uniwersyteckich był asystentem II kliniki chirurgicznej, kierowanej wów-

czas przez Rosjanina prof. Jefremowskiego. W roku 1893 został kierownikiem oddziału chirurgicznego w zakładzie leczniczym d-ra Bączkiewicza przy ul. Leczno, zaś w trzy lata później obejmuje stanowisko kierownika oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, na którem to stanowisku pozostaje do końca życia. W roku 1917 Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego zaproponował Mu objęcie kierownictwa kliniki chirurgicznej. Sawicki ofiarowanej Mu godności nie przyjął, usprawiedliwiając odmowę wiekiem, który wówczas On sam uważał za przeszkodę. Ponowienie propozycji ze strony Wydziału nie skłoniło go do zmiany postanowienia. Wydział Lekarski ceniąc jednak Jego niepospolite zasługi zamianował Go profesorem honorowym. W tym charakterze z młodzieńczym zapałem objął wykłady z zakresu chirurgji ogólnej.

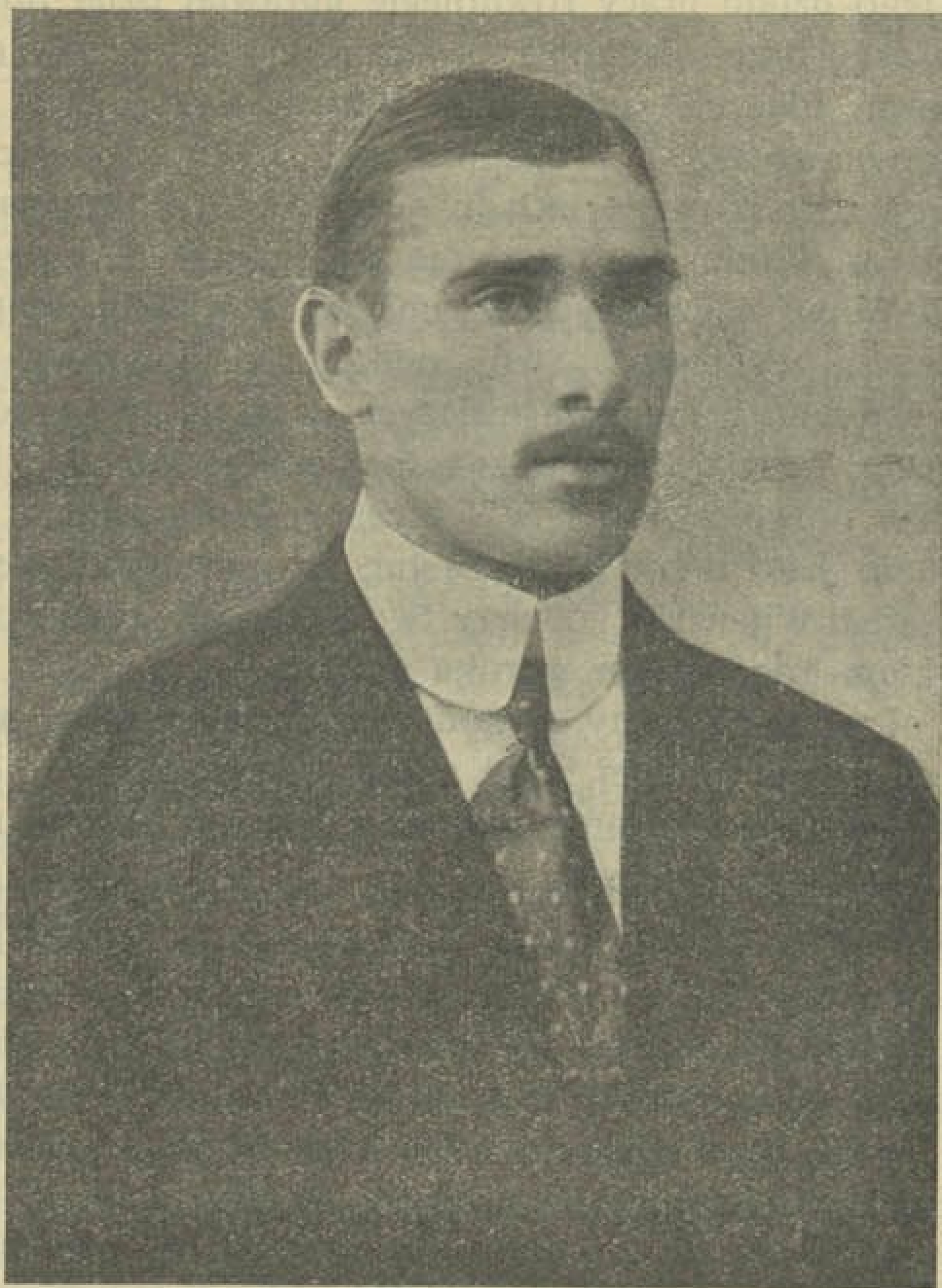
Działalność Sawickiego wypadła na okres dla szpitalnictwa warszawskiego niezmiernie ciężki. W roku bowiem 1870 rząd rosyjski zniósł Radę główną opiekuńczą, która, opierając się na wzorowej „Ustawie dla szpitali Królestwa Polskiego“ z r. 1842, stała od tegoż roku na czele spraw szpitalnych i dobroczynnych w Królestwie Polskiem, doprowadzając teren swej działalności do wysokiego poziomu. Rząd zniósł Radę, aby „pozbawić miasto Warszawę tak szkodliwego pod względem politycznym znaczenia stolicy całego kraju i sprowadzić to miasto, o ile tylko można, do stanowiska miasta gubernialnego“. Na czele szpitali Warszawskich odtąd aż do roku 1907 stała „Warszawska Rada miejska dobroczynności publicznej“, instytucja, która doprowadziła szpitale warszawskie do upadku. Sawicki nie mało przyczynił się do zlikwidowania Rady i przekazania szpitali warszawskich pod zarząd miasta Warszawy. Nie ustawał bowiem w pracy, krytykującej nieudolne rządy Rady, wykazując — oczywiście pod pseudonimem — upadek szpitali warszawskich w porównaniu ze szpitalami w innych krajach. Wogóle zagadnieniom szpitalnictwa poświęcił dużą część Swej niezmordowanej pracy, którą opierał na dokładnej znajomości stosunków szpitalnych w Europie Zachodniej. Liczne prace z tego zakresu świadczyły nietylko o tem, że był jednym z najlepszych znawców tej dziedziny w Polsce, ale i o tem, jak głęboki był Jego stosunek do spraw poruszanych, a przedewszystkiem jego stosunek jako kierownika oddziału do chorego. Kiedy w roku 1917 Magistrat m. Warszawy powołał do życia Radę szpitalną Sawicki został członkiem pierwszego zespołu Rady i odtąd aż do zgonu był tej Rady członkiem najczynniejszym, najpracowitszym i pełnym inicjatywy.

Obok tego działu pracy równolegle uprawiał dział inny: pracy naukowej. Liczne prace naukowe (w liczbie 35) świadczyły o rodzaju Jego zamiłowań, idących w kierunku chirurgi wytwórczej, schorzeń układu kostno-stawowego, w ostatnich zaś latach Jego życia w kierunku chirurgji ośrodkowego układu nerwowego. Z tego zakresu referat wygłosił w Wilnie w czasie Zjazdu lekarzy i przyrodników w roku 1929. Mimo najcięższych warunków, w wielkim stopniu własnemi środkami, wyposażył Swój oddział w pracownie naukowe i uczynił go jednym z najpoważniejszych warsztatów pracy chirurgicznej w kraju; oddział Jego w znacznej mierze łagodził brak polskich zakładów uniwersyteckich w ówczesnej Warszawie.

W uznaniu Jego niepożytych zasług na polu naukowem i społeczno-lekarskiem Wileńskie Towarzystwo Lekarskie zamianowało Go swym członkiem honorowym w roku 1925.

Umysł niezmiernie jasny, pogodny, ruchliwy i pełen inicjatywy; nieustający w pracy, pojętej jako obowiązek społeczny; charakter kryształowy — taką pozostanie pamięć Zmarłego wśród następnych pokoleń. Cześć Jego pamięci!

K. Michejda.



Ś. p. D-r Med. Witold Kieżun.

1-go marca r. b. zmarł po ciężkiej chorobie ś. p. D-r Witold Kieżun, członek Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie. Urodził się w pow. Oszmiańskim w r. 1890. Po ukończeniu w Petersburgu szkoły średniej wstąpił na medycynę do Dorpatu. Należał do pokolenia lekarzy, którzy swe studja uniwersyteckie pokończyli przed samą wojną światową, a nie zdołali jeszcze zakończyć wszystkich prawem przepisanych egzaminów, gdy powołano ich do niesienia pomocy rannym i do zwalczania chorób na wojnie; musieli też oni po paroletniej pracy, wyczerpującej moc duchową, ze starganemi nerwami przy huku armat i jęku chorych i rannych zabierać się do przypominania nauk

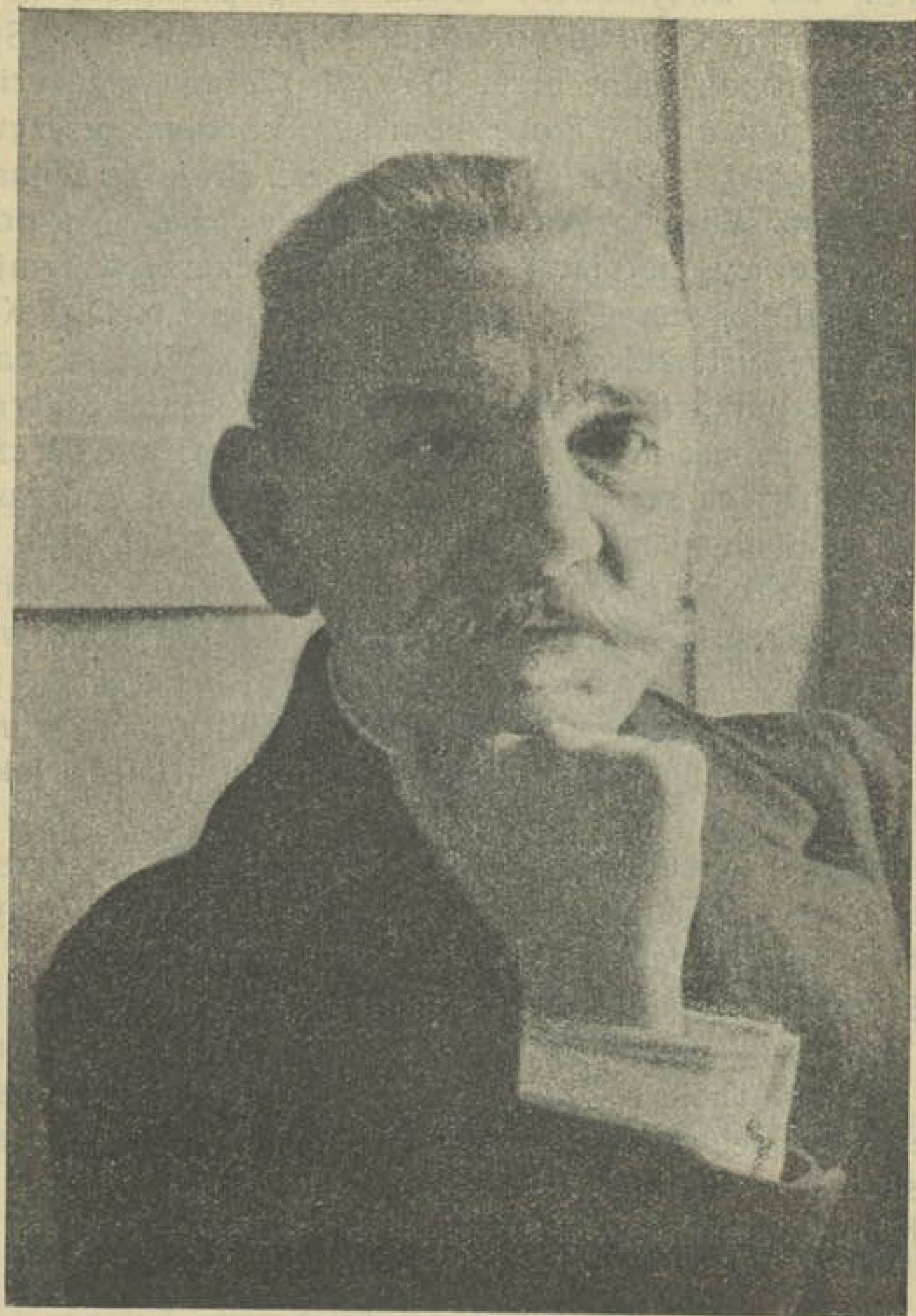
studjowanych, aby otrzymawszy krótki urlop poskładać nakazane w terminie egzaminy i znowu powrócić do piekła wojny. Stają mi żywo w pamięci opowiadane przez D-ra W. Kieżuna przeżycia podczas wojny; odczuwam ich zgrozę, bom sam podobne przeżywał.

Zaledwie zdołał D-r Kieżun powrócić szczęśliwie do Wilna, a już rozpętała się nad Wileńszczyzną burza bolszewicka. Na początku roku 1918 bolszewicy, cierpiąc na wielki brak lekarzy w armji przemocą wcielają do niej szereg kolegów w tej liczbie ś. p. D-ra Kieżuna. Podczas panicznej ucieczki wojsk bolszewickich z Wilna w pamiętne dni Wielkanocne pułk, przy którym był D-r Kieżun, zagarnia Go z sobą. W nocy jednak udaje się D-rowi Kieżunowi zmylić czujność straży i po bezdrożach szczęśliwie powrócić do Wilna. Podczas organizacji walki z epidemjami na naszych kresach D-r Kieżun zostaje powołany przez Naczelny Nadzw. Komisarjat do pracy w szpitalu na Zwierzyńcu w Wilnie. Podczas powtórnego najazdu bolszewickiego na Polskę D-r Kieżun pracuje jako lekarz Wojsk Polskich, później zaś, po skończonej wojnie, jako lekarz Kasy Chorych m Wilna i jako lekarz szkolny w gimnazjum Króla Zygmunta. Należy, jako dorpatczyk, do konwentu „Polonja".

Łagodnego usposobienia nie umiał stawiać czoła przeciwnościom losu, był też mniej zapewny odporny na silne wstrząsy, których mu życie nie szczędziło. Przeżyte okropności wojny, śmierć ukochanego synka fatalnie odbiły się na Nim. Ciężkie warunki pracy lekarskiej do reszty wyczerpały siły, zapadł na ciężkie cierpienie, które Go zmogło. Ta jego śmierć dla wszystkich, kto Go znał, była niespodziewana i wzbudziła głęboki żal przedwcześnie zgasłego życia, żal i serdeczne współczucie osieroconej Jego Rodzinie.

Niech Mu lekka będzie ziemia ojczysta!

A. Safarewicz.



Ś. p. D-r Med. Kazimierz Dąmbrowski.

30 lipca r. b. zmarł D-r med. Kazimierz Dąmbrowski, długoletni członek Wil. Tow. Lek., Naczelny Lekarz miejskiego szpitala Sawicz, czynny do ostatniego dnia swego życia mimo podeszłego wieku.

Urodził się w r. 1862 na Żmudzi w pow. Poniewieskim, kształcił się w szkole średniej wpierw w Mitawie, później w Pernawie, poczem w r. 1884 wstąpił na medycynę w uniwersytecie Dorpackim, słynnym podówczas z profesorów o europejskiej sławie. Po ukończeniu wydziału lekarskiego ze stopniem d-ra med. ś. p. D-r Dąm-

browski wyjeżdża w r. 1891 do Berlina i tam specjalizuje się w okulistyce. Po powrocie do kraju pracuje w ciągu kilku lat na wsi w Kowieńszczyźnie, poczem w roku 1899 osiada w Wilnie. Tu w lecznicy oftalmicznej Przeździeckich (obecnie lecznica św. Józefa) wspólnie ze znanym okulistą ś. p. D-rem med. Bernardem Hłaską oddaje się całkowicie pracy szpitalnej. Z tej pracy wytrąca Go naprzeciąg 3-ch lat wojna światowa—ś. p. D-r Dąmbrowski zostaje, jako lekarz powołany do armji rosyjskiej. Po wojnie opuszcza Wilno na krótko i znowu powraca do dawnej pracy w lecznicy, zostaje też zaangażowany jako okulista w Kasie Chor. m. Wilna. Wreszcie w r. 1925 Magistrat m. Wilna zaprasza Go na stanowisko Nacz. Lek. Szpitala Sawicz, wakujące po śmierci D-ra med. B. Hłaski. Szpital Sawicz znajdował się podówczas w fatalnym stanie. Zaborca rosyjski, uchodząc w r. 1915 przed Niemcami, przekazał szpitale urzędu opieki społecznej (prikaz obszczestwiennawo prizrenja) Magistratowi. Niemcy czasu okupacji Wilna nie troszczyli się zbytnio o stan szpitali. Po gospodarce niemieckiej, po najazdach bolszewickich, gdy już prawowity samorząd objął pieczę nad miastem, nie było pieniędzy w kasie miejskiej na wiele potrzeb zrujnowanej, znękanej zawieruchą wojenną, wycieńczonej głodem i chorobami ludności; nie było również ławnika-fachowca, który byłby w zarządzie miasta rzecznikiem spraw zdrowotnych wogóle, a szpitalnych w szczególności. Znaną jest powszechnie rzeczą, iż laikom w tych sprawach zwykle się zdaje, że sprawy owe nie są tak ważne i tak palące, jak inne. Nic więc dziwnego, że w tych warunkach szpitale w Wilnie podupadały coraz bardziej, a zwłaszcza szpital Sawicz, traktowany gorzej od innych, jako szpital dla chorych skórnych i wenerycznych. Szpital ten, oddawna nie remontowany, przedstawiał obraz zupełnego zaniedbania. Liche łóżka ze zniszczoną i poplamioną bielizną pościelową, brak bielizny dla chorych, nędzne umeblowanie, zniszczone urządzenie kuchni, brak naczynia i sprzętu stołowego oraz kuchennego, brak łazienek, pierwotne ustępy, nadzwyczaj ubogie umeblowanie gabinetów leczniczych, licho wyposażonych w przyrządy i instrumenty, wszystko to zupełnie nie odpowiadało pojęciu szpitala nawet bardzo skromnie urządzonego. Rozkład sal chorych był tego rodzaju, że nie można było odseparować prostytutek od reszty chorych. Dawno niepobielane ściany i sufity, niesprawne piece, wytarte podłogi, zupełna niemożność w chłodną porę roku przewietrzania pomieszczeń, zwłaszcza brak wentylacji na salach chorych wenerycznych zwykle przepełnionych i skutkiem tego niezmiernie przykre powietrze,

wszystko to składało się na wrażenie, które musiało przygnębiająco oddziaływać na świeżo wstępujących chorych. W ciepłą porę roku na niewielki dziedziniec szpitalny wylegała czereda chorych: mężczyźni, kobiety i dzieci; nierzadko przytem dzieci były świadkami gorszących scen pomiędzy prostytutkami a chorymi mężczyznami i słyszaly kłótnie i połajanki dorosłych. Ś. p. D-r Dąmbrowski zabiera się do trudnej pracy porządkowania szpitala. Zrazu otrzymuje niewielkie środki na zaspokojenie najbardziej pilnych potrzeb. Od chwili zaś, gdy w roku 1927 na czele Sekcji Zdrowia Magistratu staje fachowiec i dzielny administrator, D-r W. Maleszewski, ś. p. D-r Dąmbrowski zdobywa możność przeprowadzania stopniowego gruntownego remontu, celowych przeróbek, uzupełnia inwentarz gospodarski, nabywa instrumenty i przyrządy lekarskie, urządza specjalne gabinety lecznicze, laboratorjum szpitalne; powstają schludne sale chorych, urządza się wentylację, nowy rozkład sal umożliwia odseparowanie oddziału kobiecego i prostytutek, powstaje nowocześnie urządzona kuchnia, doprowadza się do porządku dziedziniec — ogródek, który również rozgradza się osobno dla mężczyzn, a osobno dla kobiet, słowem szpital Sawicz dźwiga się z ruiny i zmienia swój wygląd do nie poznania. W to dzieło ś. p. D-r Dąmbrowski włożył ogrom pracy i czasu i prawie zdążył je doprowadzić do końca. Chciał jeszcze je uwieńczyć opisem historji szpitala, historji związanej ze świetną przeszłością naszego Uniwersytetu i z imionami Franka i innych profesorów. Rozpoczął poszukiwania materjałów potrzebnych, śmierć przeszkodziła Mu w tem zamierzeniu.

Pogodny, dobry i wyrozumiały otaczał chorych iście ojcowską opieką, zdobywał ich zaufanie niepospolitą wiedzą fachową i serdecznością. Te cechy obok prawości charakteru jednały Mu wielki szacunek i życzliwość u współpracowników, w kołach lekarskich i w społeczeństwie. Zeszedł z tego świata lekarz-człowiek wielkich zalet duchowych. Cześć Jego pamięci!

B. Hanusowicz.

Prof. Dr. MAKSYMILJAN ROSE.

Zadania współczesnej psychjatrji.

(Wykład inauguracyjny wygłoszony dnia 24.IV 1931 r. przy objęciu Katedry Psychjatrji na Uniw. Wileńskim).

Magnificencjo, Panie Dziekanie, Panowie Profesorowie, Panie i Panowie.

Jest uświęconym zwyczajem, że profesor obejmujący katedrę w ogólnych przynajmniej zarysach podaje program swej przyszłej działalności. Mnie przychodzi to tem łatwiej, że dane mi jest być kontynuatorem pracy 2 wybitnych psychjatrów, którzy przedemną tę katedrę piastowali.

Pierwszy z nich, Antoni Feliks Mikulski, pracował w warunkach bardzo ciężkich. Bez własnej kliniki zbierał chorych do wykładów w szpitalu miejskim św. Jakóba i w szpitalu wojskowym. Wykłady Jego słynęły z wielkich zalet pedagogicznych, a naukowy dorobek w dziedzinie psychologji doświadczalnej przynosi chlubę Jego imieniu.

Rafał Radziwiłłowicz, którego niezwykła postać, uwieczniona w literaturze przez Żeromskiego, stoi jeszcze żywo w naszej pamięci, jest twórcą i organizatorem kliniki psychjatrycznej Almae Matris Vilnensis. Skromna ta klinika stanęła pod kierownictwem Radziwiłłowicza odrazu na wysokim poziomie w dziedzinie opieki nad chorymi i stanowi żywy pomnik, godny swego wielkiego twórcy. Dorobek naukowy Radziwiłłowicza jest bardzo duży. Ostatnio przygotowywał dla swych słuchaczy podręcznik psychjatrji, którego już nie zdołał ukończyć. Stał na czysto przyrodniczem stanowisku ujmowania psychjatrji jako nauki i dał temu wyraz w tematach głównych 2 ostatnich zjazdów psychjatrycznych, w których organizacji brał żywy udział. Tematy te między innemi zajmowały się problemami lokalizacyjnemi w mózgu, a ich opracowaniem raczył mnie zaszczycić.

Wszystkie gałęzie nauk lekarskich przebywały okres, w którym uważano poszczególne objawy chorobowe za choroby. Wiedza lekarska stała podówczas na tym samym poziomie, co dzisiaj u laików, którzy często kaszel, bicie serca, gorączkę lub żółtaczkę uważają za choroby w ścisłem tego słowa znaczeniu. Okres ten, który można

nazwać symptomatologicznym, minął dla wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej już przeszło przed stu laty i ustąpił miejsca stanowisku nosologicznemu, polegającemu na ustalaniu jednostek chorobowych, kryjących się poza objawami klinicznemi. Jedynie tylko psychjatrja utrzymywała się jeszcze przez długie lata na tym stopniu rozwoju i dzisiaj nawet szereg psychjatrów stoi na stanowisku symptomatologicznem, przecząc istnieniu jednostek chorobowych dlatęgo, że wielka ilość zespołów psychicznych nie daje się wcielić w jednostki chorobowe. Argumentowi temu nie można odmówić w tym momencie słuszności. Musimy jednak zapytać, czy niezaprzeczone braki nosologicznego ujmowania psychjatrji w obecnej chwili zmuszają nas do ustąpienia z drogi szukania jednostek chorobowych.

Odgraniczenie chorób powstałych na tle infekcji i zatruć jest oddawna ze względu na jasną etjologię proste i nie podlega żadnej dyskusji. W przeważającej jednak ilości chorób umysłowych panowało doniedawna zupełne zamieszanie. Wiedziano tylko, że jedne choroby umysłowe ulegały wyleczeniu, inne zaś prowadziły do częściowego lub zupełnego otępienia umysłu. Stawiano wprawdzie rokowania na podstawie wieloletniego doświadczenia, które się częstokroć sprawdzały, nie umiano jednak znaleźć dla tych rokowań naukowego uzasadnienia.

Pierwszy, który rzucił światło w chaos niepowiązanych naukowo objawów psychopatologicznych, był Kahlbaum, który w r. 1863 opisał 3 jednostki chorobowe, nazwane przez niego katatonią, hebephrenią i heboidem. On też zauważył bliższe pokrewieństwo tych 3 przez siebie opisanych cierpień. Epokowe jednak znaczenie ma odkrycie Kraepelina z roku 1896, który wyodrębnił 2 jednostki chorobowe, różniące się wzajemnie oprócz przebiegu przedewszystkiem tem, że jedna — *dementia praecox* — kończy się przeważnie otępieniem umysłu, podczas gdy druga — *psychosis maniaco-depressiva* — przebiega okresowo i kończy się przeważnie po każdem zaostrzeniu wyleczeniem. Klasyfikacja kraepelinowska nie uwzględnia zatem, poza psychozami na tle zakażenia i zatrucia i poza psychozami na tle miażdżycy, etjologji; etjologja bowiem pozostałych cierpień psychicznych, a przedewszystkiem otępienia wczesnego i psychozy manjakalno-depresyjnej, nie jest dotychczas znana.

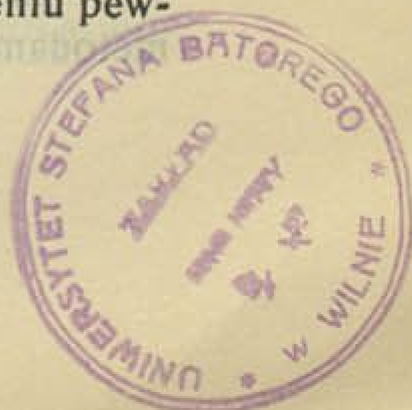
Mimo to jednak, że w obecnym stanie wiedzy psychjatrycznej brak nam jest dowodów na to, musimy stanąć na stanowisku, że w psychjatrji istnieją jednostki chorobowe, a nie zespoły objawów, jak to

chcą niektórzy psychjatrzy. Postulat ten wynika z całokształtu wiedzy przyrodniczej i lekarskiej. Podobnie bowiem jak w systematyce zwierząt i roślin rozróżniano zrazu wielkie grupy, a potem wśród nich coraz dalsze podgrupy, tak samo w psychjatrji uznać należy znane nam obecnie choroby, a szczególnie otępienie wczesne (*dementia praecox, schizophrenia*) za pojęcia zbiorowe, kotły, do których narazie wrzucamy cierpienia podobne, pokrewne, których w obecnym okresie wiedzy psychjatrycznej nie potrafimy odróżnić. Twierdzenie zaś pewnej grupy psychjatrów z Hochem na czele, że w psychjatrji niema jednostek chorobowych, tylko zespoły, musimy odrzucić jako niezgodne z przyrodniczem ujmowaniem zjawisk patologicznych i naukowo nieowocne. Psychozę bowem uważać musimy za realne zjawisko przyrodnicze, które wśród ustalonych warunków powstaje i wśród innych warunków może ustąpić. Tak więc na podstawie doświadczenia z innych gałęzi wiedzy lekarskiej możemy *a priori* twierdzić, że podobnie, jak wyróżniamy jednostki chorobowe z objawami cielesnemi, wyróżnić możemy choroby z objawami psychicznemi.

Zadania psychjatrji stoją wobec powyższych faktów jasno przed naszemi oczyma. Musi ona, czerpiąc wzór z innych działów nauki lekarskiej, przedewszystkiem ustalać symptomatologję chorób umysłowych na podstawie znajomości budowy i funkcji organu, o którego schorzenie chodzi, t. j. mózgu, a w szczególności kory mózgowej, podobnie jak symptomatologję chorób serca czy wątroby określa się na podstawie znajomości ich budowy i funkcji. Niezależnie od tego, ustalać musi psychjatrja czynniki etjologiczne i obrazy anatomiczno-patologiczne.

Dla studjów etjologicznych konieczne są, jak we wszystkich działach wiedzy lekarskiej, badania genetyczne i genealogiczne, serologiczne, bakterjologiczne, a wreszcie badania nad wpływem otoczenia na jednostkę, w czem są też objęte badania psychologiczne.

Nie jest jednak pewne, czy psychjatrja w najbliższej przyszłości zdoła ustalić jednostki chorobowe na tle etjologicznem. Np. w neurologji ustalono narazie szereg jednostek tylko na podstawie lokalizacji procesu chorobowego, co przy stosunkowo dobrej znajomości anatomji i topografji rdzenia, rdzenia przedłużonego i mostu Varoła było dość łatwe. Należy tu *sclerosis lateralis amyotrophica, amyotrophia spinalis progressiva, paralisis bulbaris, sclerosis disseminata* etc. Nie jest więc wykluczone, że psychjatrja przy odgraniczeniu pew-



nych chorób pójdzie tą samą drogą, że niejako poniesiemy neurologję do psychjatrji, jak to przypuszcza Marburg.

Dla tego rodzaju klasyfikacji, a przedewszystkiem dla zrozumienia symptomatologji i przebiegu chorób umysłowych, a także dla anatomji patologicznej, niezbędna jest znajomość normalnej anatomji mózgu, a w szczególności kory mózgowej. Tu zaczyna się tragizm, który ciąży nad psychjatrją od chwili, w której wkroczyła na drogę nauki w ścisłem tego słowa znaczeniu. Anatomowie bowiem z małemi wyjątkami nie zajmują się anatomją systemu nerwowego. Tem zajmowali się przeważnie i zajmują dotychczas sami psychjatrzy, uznając te badania za podwalinę psychjatrji. Psychjatrzy tej miary co Meynert, Gudden, Forel, Ganser, Wernicke, Brodmann, Vogt, Economo, oto czołowi reprezentanci tego kierunku. Żaden dermatolog nie może się obejść bez znajomości normalnej skóry, podobnie jak żaden internista, chirurg lub ginekolog nie może leczyć i operować narządów, których budowy i funkcyj nie zna. Jedna psychjatrja znajduje się w wyjątkowej sytuacji, bo dotychczas znamy zaledwie w ogólnych tylko zarysach budowę kory mózgowej, a jeszcze w mniejszym stopniu budowę *tholamus opticus* u człowieka.

Z powyższego wynika, że przy klasyfikacji, czyli przy ustalaniu jednostek chorobowych w psychjatrji, obok studjów etjologicznych (serologja, genealogja, psychologja etc.), musimy w obecnej chwili najpilniejszą uwagę zwrócić na symptomatologję kliniczną. Symptomatologja zaś ta będzie wtedy dopiero należycie ugruntowana, jeżeli dowiemy się, w których częściach mózgu napotykamy zmiany, towarzyszące poszczególnym procesom psychopatologicznym.

O badaniach bakterjologicznych, serologicznych, genealogicznych chemicznych i endokrinologicznych nie będę mówił, gdyż badania te w psychjatrji mają tyleż znaczenia, co i we wszelkich innych chorobach. Odnośnie zaś do pozostałych kierunków badań musimy sobie zadać następujące zapytania:

1) Jak należy prowadzić badania nad normalną korą mózgową?

2) Jak stwierdza się funkcję kory i jej poszczególnych odcinków?

3) Jak określa się zmiany patologiczne w korze i jakie są wyniki tych badań?

Ad 1. Zrazu posługiwano się w anatomji mózgu wyłącznie metodami makroskopowemi. Dnia 25 stycznia 1842 r. w czasie 13°

mrozu, zamroził Benedykt Stilling kawałek rdzenia i położył cienki skrawek pod mikroskopem przy 15 krotnem powiększeniu. Zobaczył wówczas po raz pierwszy włókna, poprzecznie przecięte. „Wykrzyknąłem z niemniejszą radością, niż Archimedes swoje heureka", mówi sam o sobie Stilling. Pierwszy zabarwił system nerwowy karminem Gerlach. Potem otworzył Golgi swoją metodą srebrowo-chromową nowy świat. Jego metoda daje jednak, jak wiadomo, tylko sylwetki komórek, coprawda tak pięknie, jak żadna inna. Strukturę wewnętrzną komórki oddaje doskonale metoda Nissla. Metody badań fibrill nerwowych podali Cajal, Fajersztajn i Bielschowsky. Do najważniejszych metod należy wreszcie metoda Weigerta, barwienia pochewek myelinowych i metoda Erlicha, przyżyciowego barwienia metylenblauem. Rok 1852 jest rokiem przełomowym dla badań nad systemem nerwowym. Wtedy bowiem wykrył Waller, że skoro przetnie się włókna nerwowe, to część, niepozostająca w związku z komórką, ulega zwyrodnieniu. W ten sposób zbadano eksperymentalnie, przeważnie metodą Marchi'ego, przebieg wielkiej ilości dróg nerwowych.

Bardzo doniosłe znaczenie mają też studja myelogenetyczne P. Flechsiga. Stwierdził bowiem on, że nie wszystkie drogi pokrywają się równocześnie myeliną. Najpierw występuje myelinizacja w obrębie ośrodków zmysłowych, potem ruchowych. Tę kolejność pokrywania się włókien nerwowych myeliną wykorzystał Flechsig dla stworzenia podziału kory mózgowej na kilkadziesiąt ośrodków.

W ostatnich 3 ch dziesięcioleciach przeprowadzono badania nad korą mózgową, związane z nazwiskami Hammarberga, Smitha, Campbela, Ramona y Cajala, O. Vogta, C. v. Economo, M. Rosego, a przedewszystkiem przedwcześnie zmarłego Brodmanna. Badania te wychodzą z założenia, że organ, o tak skomplikowanych i różnorodnych funkcjach jak kora mózgowa, nie może wykazywać w całej swej rozciągłości jednakowej budowy. Jeżeli weźmiemy dla porównania przewód pokarmowy człowieka, znany nam stosunkowo dobrze pod względem swej funkcji i budowy, to mamy do czynienia z wielkim organem, którego ostatecznem działaniem jest trawienie. Ten wielki organ jest jednak podzielony na szereg odcinków, różniących się swą budową, które służą różnym funkcjom częściowym. Dopiero współdziałanie wszystkich strukturalnie różnych odcinków przewodu pokarmowego daje, jako wynik ostateczny, proces, nazywany trawieniem. W przewodzie więc pokarmo-

wym doszło stosownie do sposobu odżywiania, do zróżnicowania pierwotnie jednolicie zbudowanego prymitywnego organu, na organy częściowe. Zróżnicowanie strukturalne, które towarzyszy zawsze podziałowi prymitywnej funkcji ogólnej na funkcje częściowe, uważane jest też słusznie za wyraz udoskonalenia.

Zasada podziału pracy i różnicowania, przedstawiona powyżej na przewodzie pokarmowym, wyraża się też w innych organach, w których doszło do udoskonalenia funkcji. Niema więc powodu do przypuszczenia, ażeby kora mózgowa, będąca narzędziem niewątpliwie najbardziej skomplikowanym i siedzibą wszystkich lub przeważającej ilości procesów psychicznych, tej zasadzie nie podlegała.

Badania ostatnich dziesięcioleci skierowane są nietyle na zachowanie poszczególnych komórek i ich struktury wewnętrznej, ile na obraz ogólny, jaki przedstawia kora mózgowa przy słabych powiększeniach. Ten ogólny obraz nazywamy obrazem architektonicznym. Zależnie od tego, czy badamy korę elektywnie zabarwioną na komórki nerwowe, pochewki myelinowe, lub fibrylle, mówimy o cyto- myelino- i fibrylloarchitektonice. Pragniemy omówić tylko obrazy cytoarchitektoniczne. Kryterja, jakiemi się w tych badaniach posługujemy, odnoszą się do cech następujących:

1) szerokość kory,
2) szerokość poszczególnych warstw korowych,
3) ilość warstw,
4) kształt komórek,
5) wielkość komórek,
6) stosunek ilościowy komórek różnego kształtu,
7) gęstość komórek,
8) nasilenie barwienia komórek,
9) specjalne formy komórkowe.

Wskutek różnicowania dochodzi w korze mózgowej do powstania szeregu pól strukturalnych, wybitnie różniących się wzjemnie. Już mysz wykazuje 55 takich pól, królik przeszło 70, człowiek setki. Znaleźliśmy więc w ten sposób anatomiczny substrat niesłychanie skomplikowanych mechanizmów psychicznych. Badania te stanowią też podstawę dla studjów fizjologicznych, psychologicznych i patologicznych, a przedewszystkiem same jako takie, przeprowadzone nad większą ilością zwierząt o różnym trybie życia i nad człowiekiem, pozwalają na wysnucie wniosków lokalizacyjnych, o których będzie mowa później.

Ad 2. Około połowy ubiegłego stulecia ustaliła się hypoteza, wedle której cały mózg, we wszystkich swych częściach, wykazuje podobnie jak części gruczołu, jednolitą, tę samą funkcję. Fizjologowie ówczesnej epoki posunęli się tak daleko, iż twierdzili, że po usunięciu całego prawie mózgu i pozostawieniu tylko drobnej jego części, ta drobna część obejmuje funkcję całości.

Hypoteza powyższa utrzymywała się tylko tak długo, jak długo nie znano budowy mózgu. I znamienną jest rzeczą, że na długo przed doświadczeniami fizjologicznemi, anatomowie stale zwracali uwagę, że poszczególne funkcje muszą posiadać swą reprezentację w ściśle ograniczonych częściach mózgu. W związku z tem podnieść należy, że pierwszy, który na podstawie studjów anatomicznych przeprowadził lokalizację w korze mózgowej (27 ośrodków), był lekarz wiedeński F. J. Gall, ten sam Gall, który wskutek swych niefortunnych studjów frenologicznych, jest powszechnie gwałtownie zwalczany.

Nauka o jednolitości i niepodzielności funkcyj mózgu zaczęła się chwiać i upadać w miarę coraz dalszych studjów anatomicznych i histologicznych. Obecnie zaś od szeregu lat już wszechwładnie panuje zasada funkcji zlokalizowanej Spór nie toczy się już o to, czy lokalizować należy, tylko o to, co i gdzie winno być zlokalizowane w mózgu.

Dla rozwiązania zagadnienia o lokalizacji funkcji w mózgu stosuje się metodę kliniczną, fizjologiczną i anatomiczną. Wyniki tych 3 kierunków badań pokrywają się narazie tylko częściowo, co wynika z charakteru tych badań, gdyż oświetlają one wprawdzie ten sam problem, jednak z zupełnie innych stron. Każda bowiem z tych 3 metod wychodzi z innego założenia.

W metodzie klinicznej korzystamy z eksperymentu, który nam nastręcza sama przyroda. Idzie tu o procesy chorobowe, toczące się w różnych częściach mózgu, w których badamy zaburzenia funkcji. Badania te uzupełnia się też wynikiem sekcji. Dodatnią stroną tej metody jest, że mamy tu do czynienia z materjałem ludzkim, że chory często bardzo dokładnie podaje nam wszystkie objawy i odczucia podmiotowe (np. zaburzenia wzroku, słuchu, czucia i t. d). Ujemna jednak strona polega na tem, że ogniska chorobowe są nieregularne, często rozliczne, powodują zaburzenia przez zaciskanie naczyń tętniczych i żylnych, uciskają na dalsze części mózgu, powodują stany zapalne. Nie brak jednak i procesów choro-

bowych, które pod względem swej czystości nie ustępują doświadczeniom fizjologicznym (np. urazy, uszkadzające poszczególne ośrodki kory). Dlatego też metoda kliniczna jest niezwykle cenna i oddała nauce o lokalizacji niepospolite usługi. We wstępie zaznaczyłem, że każda z 3 metod lokalizacyjnych oświetla problem lokalizacyjny z innej strony. Musimy więc zapytać, jak oceniać mamy wyniki badania klinicznego dla lokalizacji.

Skoro po zniszczeniu pewnej części kory mózgowej stwierdzamy klinicznie pewne określone objawy, np. skoro po zniszczeniu pewnych części dochodzi do zaburzeń mowy, to wcale nie możemy jeszcze ze stanowczością twierdzić, że dany odcinek kory jest ośrodkiem mowy. Obserwacja bowiem nasza poucza nas jedynie tylko, że po zniszczeniu danej części kory wystąpiła niemota, co nie wyklucza faktu, że taka sama, lub podobna niemota wystąpić też może po zniszczeniu innej części kory mózgowej. Stwierdziliśmy więc, pozostając przy naszym przykładzie z mową, ośrodek lub ośrodki niemoty, a nie ośrodek mowy.

Poza tem w rozważaniach naszych pominąć nie możemy jeszcze drugiego momentu. Po zniszczeniu bowiem pewnej części kory mózgowej dochodzi do kompensacji funkcji przez pozostałą korę, np. utratę wzroku chorzy kompensują, a nie zastępują przez zmysł dotyku, słuchu i t. d. Słowem inna część kory mózgowej nie przejmuje wprawdzie straconej funkcji, ale kompensując ją, zaciemnia obraz. W ten sposób po zniszczeniu pewnej określonej części kory mózgowej mamy do czynienia z wypadkową tego, co zostało zniszczone, i tego, co zostało niezniszczone.

Słowem badania kliniczne zwracają uwagę tylko na jedną stronę problemu lokalizacyjnego, t. j. na kwestję dysfunkcji (np. niemoty), przyczem stale też pamiętać musimy o momencie kompensacyjnym. Nie wyklucza to jednak możliwości, że w pewnych wypadkach ośrodek dysfunkcji pokrywa się z ośrodkiem funkcji. Rozważania te dotyczyć też muszą ośrodków, służących wyższym funkcjom psychicznym. Tu jednak zjawisko kompensacji niesłychanie zaciemnia obraz tak, że wykrywanie tych ośrodków wyłącznie tylko na drodze klinicznej jest niesłychanie utrudnione.

Przy usuwaniu pewnych części kory mózgowej badamy, podobnie jak przy metodzie klinicznej, tylko dysfunkcję i to skomplikowaną momentem kompensacyjnym.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa z metodą drażnienia. Tu wogóle nie możemy mówić o wykrywaniu funkcji w istotnem tego wyrazu znaczeniu. Drażniąc bowiem korę w różnych miejscach prądem elektrycznym, stwierdzamy tylko fakt, że kora w różnych miejscach różnie reaguje na tę samą podnietę. Stwierdzając fakt, że kora w różnych swych częściach różnie reaguje na tę samą podnietę, dochodzimy do wniosku, że napewno w tych miejscach inaczej się funkcjonalnie przedstawia, nie wiemy jednak, jakie to są funkcje. Jeżeli np. przy zastosowaniu prądu elektrycznego o pewnem nasileniu otrzymujemy w jednem miejscu silny przykurcz łapy zwierzęcia, w innem silne wyprostowanie, znowu w innem słaby przykurcz lub słabe wyprostowanie łapy, a wreszcie w innem brak reakcji przy tej samej sile prądu, to wniosek stąd, że chodzi tu o różne ośrodki, ale niewiadomo jeszcze, jakim funkcjom te ośrodki służą.

Może się jednak zdarzyć, że metodą tą wykrywa się, podobnie jak metodą kliniczną, istotną funkcję (np. funkcja ruchowa u zwierząt i człowieka w okolicy olbrzymiokomórkowej kory).

Do metod fizjologicznych należy też metoda wahań wstecznych, około której szczególnie się zasłużyli polscy uczeni Cybulski i Beck.

Jest zjawiskiem ogólnie znanem, chociaż zupełnie niewyjaśnionem, że w obwodowych nerwach i mięśniach z chwilą, gdy zaczynają działać, powstają zjawiska elektryczne (prąd czynnościowy) i, że przy drażnieniu elektrycznem nerwu pierwotny prąd czynnościowy w całym nerwie doznaje wahania wstecznego. Dalsze badania wykazały, że podobne zjawiska elektryczne odbywają się też i w korze mózgowej. Fleischl, a potem Cybulski i Beck wykazali, że gdy przyłożymy 2 niepolaryzujące elektrody do 2 punktów sfery wzrokowej, naprz. u psa, to nie widzimy na galwananometrze żadnego, albo notujemy tylko minimalne odchylenie igiełki. Gdy drażni się inne nerwy, np. ruchowe lub czuciowe, to nadal żadnego odchylenia nie widzimy, gdy elektrody leżą w okolicy wzrokowej. Natomiast występuje odchylenie, gdy elektrody leżą w obrębie kory ruchowej, a drażnimy obwodowo nerwy ruchowe lub mięśnie, lub, gdy leżą one w okolicy wzrokowej kory, a oświetlamy i zaciemniamy oko zwierzęcia badanego.

Metoda ta jest w ostatnich czasach w wielkiem zaniedbaniu. Ma ona duże zalety i niewątpliwie uzyskaćby mogła niepomierne znaczenie dla lokalizacji, szczególnie przy obecnej znajomości normalnej budowy kory.

Mówiąc o metodach fizjologicznych, niepodobna jest pominąć badań genjalnego Pawłowa nad odruchami skojarzeniowemi, których znaczenie dla psychologji i psychjatrji jest dziś ogólnie znane. Wreszcie omówić jeszcze pragnę znaczenie badań architektoniczno-porównawczych dla wykrywania funkcji kory mózgowej.

Z badań tych wynika, że płat czołowy wykazuje u nisko stojących zwierząt (nietoperz, mysz, królik) tylko korę ruchową (Brodmann, Rose), odznaczającą się specyficzną budową. U psa napotyka się poza korą ruchową w płacie czołowym jeszcze 2 ośrodki, u małp 3—4, a u człowieka kilkadziesiąt. Już te fakty, zdobyte metodą architektoniczną, wskazują na to, że płat czołowy w przeważającej części stanowi twór specyficznie ludzki, a tem samem specyficznym funkcjom psychicznym służący. Poza tem okazało się, że III zwój czołowy, który niewątpliwie pozostaje w związku z funkcją mowy, wykazuje specyficzną budowę, nienapotykaną nawet u najwyżej stojących małp. Wreszcie nie bez znaczenia jest też stosunek płatu czołowego do reszty mózgu u zwierząt i człowieka. Podczas gdy u małp płat czołowy zajmuje $^1/_{10}$—$^1/_6$ części kory, to u człowieka stanowi on $^1/_3$ część kory. I z tego więc wynika wybitna rola płatu czołowego dla funkcyj duchowych człowieka.

Metodą architektoniczną wykazać też można, która część kory służy funkcjom wzrokowym, gdyż ten charakterystycznie zbudowany ośrodek jest u zwierząt gorzej widzących, naprz. u królika i jeża, słabo wykształcony, podczas gdy u kreta wogóle go wykazać nie można (Rose).

Badania architektoniczne wykazały też, że dotychczasowe mniemania o funkcji węchowej *gyrus hippocampi*, nie są dostatecznie ugruntowane, gdyż zwój ten jest u człowieka lepiej zróżnicowany, niż np. u psa, który posiada opuszkę węchową kilka razy większą, niż człowiek. Wynika więc z badań architektonicznych, że zwój *hippocampa* u człowieka, albo wogóle funkcjom węchowym nie służy, albo też służy innym funkcjom częściowym węchu, niż u zwierząt niższych. Z drugiej zaś strony znamy szereg ośrodków architektonicznych, które u człowieka są zaledwie zarysowane (*tuberculum olfactorjum, regio retrobulbaris*) a u niższych zwierząt doskonale wykształcone (Brodmann, Rose). Wynika stąd, że rozwój poszczególnych ośrodków kory mózgowej nie idzie w parze z rozwojem filogenetycznem, że tem samem twierdzić nie możemy, iż każde stworzenie na wyższym szczeblu filogenetycznym wykazuje też korę

mózgową w całości lepiej zróżnicowaną. Przeciwnie stwierdzić możemy, że zróżnicowanie poszczególnych odcinków kory zależne, jest tylko od warunków, w jakich zwierzę żyje, a nie od miejsca jakie zajmuje w szeregu filogenetycznym.

Przykładów znaczenia porównawczej architektoniki kory mózgowej dla wykrywania funkcji możnaby przytoczyć więcej. Badania bowiem te rzucają też światło na znaczenie rogu Ammona, płatu skroniowego, kory limbicznej i wysepki. Wspomnę tylko, że badania architektoniczne wykryły, iż przednia część wysepki (tak zw. *insula tenuigranularis*) wykazuje podobieństwo budowy z 3-cim zwojem czołowym (Rose) i tem samem jest bardzo prawdopodobne, że służy funkcjom mowy, jak to przypuszcza na podstawie badań klinicznych P. Marie. W innych częściach wysepki musimy na podstawie badań architektonicznych rozpoznać ośrodek węchowy (Rose). Poza tem mają też badania porównawczo-architektoniczne duże znaczenie dla psychologji porównawczej. Dotychczasowe bowiem badania są wskutek nieznajomości budowy kory mózgowej przeważnie antropocentryczne, przyczem badamy najczęściej zwierzęta na właściwości, wykształcone dobrze u człowieka, a niedokształcone lub wogóle nieobecne u danego zwierzęcia. Architektonika uczy nas, że podobnie jak człowiek posiada liczne ośrodki, niewystępujące u zwierząt, tak samo zwierzęta wykazują ośrodki, występujące często u człowieka tylko w szczątkowej postaci. Tego momentu nie może pominąć psychologja ocenie życia psychicznego zwierząt, gdyż u tych, jak wskazują badania architektoniczne, występować muszą czasem inne, dla człowieka narazie wskutek braku odnośnych ośrodków niezrozumiałe właściwości psychiczne. Wreszcie wspomnieć należy, że wykształcenie i rozległość poszczególnych ośrodków wykazuje u różnych ludzi wybitne różnice. Naprz. różnice w rozległości kory wzrokowej wahają się u poszczególnych osobników do 50%. W ten sposób badania architektoniczne stanowią już dzisiaj podstawę badań nad psychologją indywidualną. Podnieść też należy znaczenie architektoniki kory mózgowej dla antropologji. Wykazano bowiem różne zachowanie się naprz. kory wzrokowej u Jawajczyków i Europejczyków (Brodmann).

Ad 3. Pewne jest, że każdemu schorzeniu psychicznemu towarzyszą zmiany anatomiczne. Nawet zjawiskom fizjologicznym odpowiadają napewno zmiany w tkance nerwowej, których nie potrafimy narazie wykazać metodami barwienia. Polega to przedewszystkiem

na tem, że śmierć komórki sama przez się powoduje procesy, które zacierają subtelne zmiany, towarzyszące zjawiskom fizjologicznym i pewnym procesom chorobowym. Na podstawie tych rozważań dochodzimy do wniosku, że metodami, stojącemi obecnie do naszej dyspozycji, wykazać możemy tylko zmiany wybitne, które polegają na znacznem zwyrodnieniu komórek nerwowych, względnie na cytolizie i na procesach degeneracyjnych i proliferacyjnych gleju.

Anatomja patologiczna przebyła szczególnie po odkryciach Nissla, okres niesłychanego optymizmu, którego świadkami wielu z nas było. Wierzono, iż posiadamy metodę, przy pomocy której stwierdzić można specyficzne zmiany komórki nerwowej nietylko w każdej chorobie umysłowej, lecz także w poszczególnych zatruciach. Zaroiło się od prac, których pojawiło się setki, a wszystkie były opanowane ideą specyficzności zmian.

Pierwszy, który rzucił hasło do odwrotu, był sam Nissl. Pod jego przemożnym wpływem zaczęto baczniejszą zwracać uwagę nietylko na komórki nerwowe, ale też na glej, naczynia mózgowe i inne organy. Przekonano się przytem, że tylko w nielicznych chorobach (np. *idiotismus amauroticus*) stwierdzić można obrazy specyficzne dla danego cierpienia. Natomiast w innych chorobach umysłowych mamy przeważnie do czynienia ze zmianami niespecyficznemi, na podstawie których nie moglibyśmy częstokroć postawić odpowiedniego rozpoznania. Słusznie wywodzi też Jakob, że ze stanowiska anatomiczno - patologicznego możemy wyróżnić tylko 5 następujących grup chorobowych: 1) stan zapalny, 2) zmiany degeneracyjne, 3) zmiany, zależne od schorzenia naczyń, 4) zmiany rozwojowe, 5) guzy mózgowe.

Tak musiałby właściwie wyglądać podział psychoz na podstawie zmian histopatologicznych, które wykazać potrafimy naszemi obecnemi metodami. Histopatologja, uznając jednak w tej chwili wyższość klasyfikacji klinicznej, stanęła pod jej kierunkiem.

Ważne jest też stwierdzenie faktu, że obraz anatomiczno patologiczny nie poucza nas i przeważnie pouczyć nie może o przyczynie procesu chorobowego. Obraz ten bowiem jest rezultantą wszystkich endo- i egzogenicznych czynników chorobotwórczych i wszystkich sił obronnych i regeneratywnych. Stąd też przy dzisiejszym stanie naszych metod badawczych spotykamy często w etjologicznie różnych cierpieniach ten sam obraz anatomiczno-patologiczny. Wymienić tu wystarczy dla przykładu formę degeneracyjną paraliżu postępującego

i nagminne zapalenie mózgu, *sclerosis multiplex* i *myelitis*, lub *poliomyelitis anterior* i *encephalitis*.

Skoro drogą anatomiczno-patologiczną wykryć nie można etjologji procesów chorobowych, wypada z kolei zapytać, czy drogą tą nie będzie można wykazać w przyszłości różnych obrazów morfologicznych w etjologicznie różnych procesach.

Obraz anatomiczno-patologiczny może być, jak wiadomo, uwarunkowany z jednej strony dziedzicznością, z drugiej zaś chemicznie, endokrynologicznie, lub bakterjologicznie.

W chorobach dziedzicznych możemy się posługiwać analogjami z ogólnej genetyki, gdyż zasady dziedziczenia są u wszystkich zwierząt i u roślin te same.

Z genetyki ogólnej wiemy, że przeważna ilość cech ujawnionych nie jest wywołana jednym tylko specyficznym dla siebie genem. Np. zmniejszone włoski u drosofili wywołane być mogą 13 różnemi genami. Podobnie skrzydła wycięte (*alae incisae*). Jeżeli więc weźmiemy tylko pod uwagę zmniejszone włoski, to nie możemy rozstrzygnąć, który to gen (z 13) ujawnił się w ten sposób. Znanem jednak w genetyce zjawiskiem jest tak zw. plejotropizm. Przez plejotropizm rozumiemy zjawisko, że gen nie ujawnia się tylko przez jedną charakterystyczną dla siebie cechę, ale że oddziaływa na szereg innych genów i modyfikuje ich ujawnienie. Słowem każdy gen ujawnia się symptomem głównym i szeregiem symptomów ubocznych. Ponieważ te symptomy uboczne są przy każdym genie odmienne, posługiwać się niemi możemy przy określaniu, który z genów właśnie się ujawnił.

W chorobach dziedzicznych spotykamy się z tem samem zjawiskiem. Niewątpliwie te same obrazy kliniczne i anatomiczno-patologiczne mogą być uwarunkowane różnemi genami. I tak jest w istocie. Wyjątek stanowi *idiotismus amauroticus*, który jest manifestacją tylko jednego genu i dlatego zawsze możemy tę chorobę rozpoznać, skoro stwierdzimy jej typowe zmiany komórkowe. Ważne jest też, że te same objawy chorobowe, które powstają drogą dziedziczenia mogą być też nabyte (n.p. *status marmoratus*). Oczywiście i tu szukać należy symptomów ubocznych, przy pomocy których można rozróżnić formę dziedziczną od nabytej.

Odróżnienie, czy dana choroba dziedziczna uwarunkowana jest tym samym genem, co druga, przedstawiająca się klinicznie lub anatomicznie-patologicznie tak samo, jest więc w zasadzie możliwe,

w ten sposób, że poznać musimy obok identycznych cech głównych, cechy uboczne, które powstały drogą plejotropizmu i są przy każdym genie odmienne.

Już powyżej zaznaczyliśmy, że także różne czynniki egzogeniczne wywoływać mogą te same obrazy anatomiczno-patologiczne (n.p. *sclerosis multiplex* i *myelitis*, *poliomyelitis anterior* i *encephalitis*). Jest to więc zjawisko analogiczne z tem, na które zwróciliśmy powyżej uwagę w chorobach dziedzicznych.

Drogą też analogji z cierpieniami dziedzicznemi twierdzić możemy, że identyczność obrazów klinicznych i anatomicznych w etjologicznie różnych cierpieniach nabytych, jest tylko pozorna, gdyż podobne lub identyczne są tylko cechy główne, obok których muszą jeszcze istnieć cechy uboczne, których narazie nie znamy, a które mogą być wykryte albo przy dokładniejszem badaniu, albo przy zastosowaniu nowych metod mikroskopowych.

Drogą więc badań anatomiczno-patologicznych będzie niewątpliwie w przyszłości możliwe znaleść w każdem etjologicznie różnem cierpieniu także różny obraz morfologiczny. Niemniejsze trudności napotykamy przy lokalizacji procesów chorobowych. Z naciskiem podkreślić musimy, że narazie jesteśmy zaledwie u początku tej pracy, szczególnie o ile chodzi o lokalizację wyższych funkcyj duchowych. Jakkolwiek jednak ujmiemy sprawę lokalizacji, jedno jest pewne, a mianowicie, że badania lokalizacyjne wydały niezwykłe owoce (*aphasia*, *apraxia*, *alexia*, *agnosia etc.*). Wiemy też dzisiaj, że kora mózgowa ma stanowisko kierujące we wszystkiem, co nazywamy życiem duchowem jednostki. Niektóre jednak impulsy, szczególnie w dziedzinie afektu, przypływają z węzłów podkorowych, które stanowią narząd samopoczucia i życia popędowego (M a z u r k i e w i c z).

Już dzisiaj możemy zanotować też znaczne wyniki badań architektonicznych w różnych cierpieniach nerwowych i psychicznych:

a) schorzenie warstwy III w procesach różnego pochodzenia, wykazujących jako wspólny objaw znaczne otępienie. Należy tu paraliż postępujący, otępienie starcze, otępienie na tle miażdżycy, otępienie wczesne.

b) schorzenie III warstwy w obrębie kory ruchowej w połowiczym zaniku mózgu.

c) schorzenie III warstwy w obrębie kory ruchowej w *sclerosis lateralis amyotrophica*.

d) schorzenie IV warstwy w obrębie kory ruchowej i schorzenie ciała prążkowanego w przebiegu pląsawicy Huntingtona.

e) schorzenie II i III warstwy w przebiegu atrofji kory mózgowej typu Picka.

f) schorzenie III warstwy w alkoholiźmie.

g) schorzenie ciała prążkowanego w przebiegu *paralysis agitans*.

Badania patoarchitektoniczne kory mózgowej postępują narazie bardzo powoli, gdyż nie znamy dotychczas cytoarchitektoniki normalnej przeważającej części kory mózgowej.

Wielka liczba chorób umysłowych odznacza się jednak, jak powyżej, zaznaczono, rozrzedzeniem komórek w III warstwie. Warstwa ta jest obok warstwy II i IV prawdopodobnie organem, służącym przedewszystkiem funkcjom skojarzeniowym.

Z kolei przechodzimy do rozważenia przyczyny, dlaczego ta właśnie warstwa na przeróżne czynniki egzo- i endogeniczne najłatwiej i najintensywniej reaguje.

Winkler był pierwszy, który wykazał, że w protoplazmie limfocytów, przy wzajemnem oddziaływaniu słabych roztworów *d-naphtol'u* i *dimethylparaphenyldiamin'u* występują niebiesko zabarwione ziarenka. Reakcja ta jednak występuje tylko w tych komórkach, które zawierają fermenty oksydacyjne.

Pighini i Marinesco stwierdzili następnie, że poszczególne części kory mózgowej zachowują się różnie pod względem zawartości oksydaz.

Uważając te badania za bardzo doniosłe, przeprowadziłem je wspólnie z Bielschowskym w korze mózgowej psa i królika. Okazało się przytem, że w I warstwie korowej występuje tylko mało ziaren przy reakcji „Nadi". II warstwa zawiera tych ziaren więcej. W największej ilości występują jednak w III warstwie i to nietylko w komórkach, lecz także w substancji międzykomórkowej. W IV, V i VI warstwie jest też stosunkowo dużo ziaren, ale warstwy te czynią wrażenie jaśniejszych, niż III warstwa dlatego, że ziarenka występują w nich przeważnie tylko w komórkach, a tylko w małej ilości w tkance podstawowej. Zauważyć jeszcze należy, że w obrębie komórek znajdują się wspomniane niebieskie ziarenka tylko w protoplazmie.

Fakt, że najwięcej oksydaz wykazaliśmy w III warstwie wska-

zuje na to, że warstwa ta, służąca niewątpliwie funkcjom skojarzeniowym, potrzebuje najwięcej tlenu. Nic więc dziwnego, że w zaburzeniach krążenia lub też przy zadziałaniu innych bodźców, wpływających niekorzystnie na oddychanie tkanek, w pierwszej linji komórki warstwy III ulegają procesom degeneracyjnym, prowadzącym częstokroć do zupełnej cytolizy. Warstwa III jest z powyżej przytoczonych powodów najbardziej skłonna do wszelakich schorzeń, podczas gdy inne warstwy, jako potrzebujące mniej tlenu, okazują się oporniejsze wobec czynników chorobowych Z powyższemi więc, eksperymentalnie stwierdzonemi faktami zgodne są wyniki badań anatomiczno-patologicznych W wielu bowiem procesach chorobowych (*schizophrenia*, *epilepsia*, zatrucia), przedewszystkiem dochodzi do rozrzedzenia komórek w III warstwie.

Z powyższych wywodów wynika, że psychjatrja współczesna znajduje się w okresie szukania dróg; nurtuje w niej szereg częstokroć nieustalonych, a nawet sprzecznych poglądów. Jedno zdaje się jednak pewnem, a mianowicie, że psychjatrja nie może się opierać na jednym tylko kierunku badań i, że posiłkować się musi, podobnie jak i inne działy nauki lekarskiej, wszystkiemi temi środkami, jakiemi posługują się nauki przyrodnicze. Najbliższem jednak jej zadaniem jest poznanie budowy i funkcyj mózgu, a szczególnie kory mózgowej, ciała prążkowanego i wzgórka wzrokowego (*thalamus opticus*). I chociaż przy dzisiejszym stanie wiedzy psychjatrycznej niestety tak często stoimy przed bolesnem „*ignoramus*", to droga, jaką psychjatrja zaczyna postępować, upoważnia nas do optymistycznego „*non ignorabimus*".

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *Wł. Jakowicki*
i z Zakładu Fizjologji U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *M. Eiger.*

EUGENIUSZ KLEMCZYŃSKI.

Badania interferometryczne gruczołów wewnętrznego wydzielania w ciąży.

Badania nad czynnością gruczołów wewnętrznego wydzielania rozpoczęły się w połowie XIX stulecia — od tej chwili, gdy stwierdzono wzajemne oddziaływanie na siebie narządów drogą limfatyczną i krwionośną.

Podstawowemi były prace Cl. Bernarda nad zmianami wątroby, Bertholda nad czynnością gruczołów płciowych (przeszczepianie jądra koguta), wreszcie prace Brown-Sequarda, Biedla, Aschnera, Abderhaldena, Schauty, Adlera, Christofoletti, Steinacha, a z autorów polskich — Cybulskiego, Szymonowicza, Eigera, Popielskiego, Becka i innych. Z punktu widzenia na całość ustroju przyjęty jest podział gruczołów wydzielania wewnętrznego podług Aschnera na cztery grupy:

I. Przedni i środkowy płaty przysadki, grasica, tarczyca i gruczoły przytarczyczne—jest to tak zwana grupa główna, grupa wzrostu i dojrzałości ustroju.

II. Tylny płat przysadki—grupa systemu nerwowego (H. Meyer, Rudinger).

III. Nadnercze i gruczoły płciowe (Schauta, Adler, Biedl).

IV. Trzustka, wątroba, nerki, sutki, ślinianki.

Pytanie, w jaki sposób wpływa ciąża na zmianę czynnosci gruczołów wydzielania wewnętrznego jest jednem z najbardziej aktualnych zagadnień ostatnich lat. Dotychczasowe badania kliniczne, doświadczalne i anatomopatologiczne stwierdziły pod wpływem ciąży wybitne zmiany morfologiczne i czynnościowe w szeregu gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Największe zmiany wykazano dotychczas w przysadce, tarczycy, jajnikach i nadnerczach.

Przysadka. Usunięcie przysadki, o ile nie sprowadza zejścia śmiertelnego, hamuje wybitnie rozwój, wzrost, a zwłaszcza czynność narządów rodnych; u zwierząt doświadczalnych sprowadza poronienie. W okresie ciąży zachodzą w niej duże zmiany morfologiczne i czynnościowe.

Mirandi, Malon, Erdheim i Strummer na zasadzie zbadanych 150-ciu przysadek osób ciężarnych stwierdzili znaczne ich powiększenie w wymiarze poprzecznym, obrzmienie i przekrwienie, bez znacznego powiększenia liczby komórek — zmiany te znikają po przerwaniu ciąży.

Nadto stwierdzono w końcu ciąży wagę przysadki trzykrotnie zwiększoną, zmianę koloru normalnego czerwono-szarego na białawy, zwiększanie się liczby komórek barwikoodpornych, które zyskały nawet nazwę komórek ciążowych. Powiększenie się liczby komórek ciążowych stwierdzono u pierwiastek w szóstym miesiącu ciąży, a u wieloródek już w szóstym tygodniu. Komórki ciążowe stanowią 75—80% wszystkich innych. Zmiany te są tak charakterystyczne dla ciąży, że pozwalają stwiedzać ją histologicznie, w przybliżeniu określić czas jej trwania lub wykazać ciążę przebytą dawniej. Zmiany ciążowe występują prawie wyłącznie w płacie przednim przysadki, tylny płat, jak się zdaje, nie bierze w tem udziału; co do płatu środkowego, brak dotąd pewnych danych; nie można pominąć związku, jaki zachodzi pomiędzy zmianami w przysadce, a objawem tak zwanej akromegalji ciążowej i zaburzeniami w przemianie wodnej u ciężarnych.

Tarczyca — wywiera ogromny wpływ na czynność układu nerwowego roślinnego. Według Hoffmeistera usunięcie tarczycy u zwierząt młodych sprowadza *infantilismus*, czyni zwierzę niezdolnem do zapłodnienia; u starszych zmniejsza zdolność zajścia w ciążę i hamuje czynność wydzielniczą gruczołu sutkowego. Powiększenie tarczycy w ciąży już przed stu laty zauważyli u psów Schwegerer i Bardeleben; u kobiet stwierdzili oni zmniejszanie się tarczycy po porodzie w 44% spostrzeganych przez siebie przypadków. Większość autorów twierdzi, że ciąża wywołuje nieznaczny przerost i przekrwienie tarczycy, stwierdzenie jednak tych zmian jest bardzo trudne, uwzględnić bowiem należy konstytucję badanej osoby, położenie geograficzne, a przedewszystkiem wyłączyć zmiany na tle psychiczno-płciowym.

Według Engelhorna powiększenie tarczycy w ciąży następuje wskutek nagromadzenia się mas koloidu w pęcherzykach. Obserwacje potwierdzają, że gromadzenie się koloidu jest zjawiskiem stałem. Badanie koloidu na zawartość jodu nie rozstrzyga sprawy co do charakteru zmian w tarczycy—(*hypo-hyperthyreoidosis*). Upośledzona naogół przemiana podstawowa w ciąży (gromadzenie się tkanki tłuszczowej) przemawia raczej za dużem zapotrzebowaniem wydzie-

liny tarczycy w ciąży. Potwierdzają to spostrzeżenia Graawa, że w białkomoczu ciężarnych i rzucawce porodowej tarczyca często nie zwiększa się; autor ten uważa to za objaw pewnej niedomogi czynnościowej; Seitz również stwierdza powiększanie się tarczycy w $^{3}/_{4}$ przypadkach ciąży z wyjątkiem zatruć ciążowych. Są spostrzeżenia, że choroba Basedowa zaczyna się rozwijać w ciąży, a istniejące już objawy tej choroby często potęgują się w ciąży lub też, co się rzadziej zdarza, łagodnieją. Różne to oddziaływanie na ciążę u osób z objawami choroby Basedowa nie daje podstaw do przyjęcia nadczynności lub upośledzonej czynności tarczycy. Zmiany te raczej należałoby określać jako dysfunkcję. Mosbacher obserwował przerwanie się ciąży po zastosowaniu wielkich dawek preparatu tarczycy.

Wpływ *gruczołów przytarczycznych* na ciążę i odwrotnie nie jest znany dokładnie. Seitz wskazuje na stany podniecenia w ciąży (tak zw. niepokój ciążowy), na bóle w kończynach, skłonność do tężyczki, jako wyraz dysfunkcji gruczołów przytarczycznych. Bauer podaje, że po częściowem usunięciu gruczołów utrzymanie ciąży jest możliwe. O większem zapotrzebowaniu wydzieliny tych gruczołów świadczą doświadczenia na sukach z pozostawionym jednym gruczołem przytarczycznym. W ciąży występuje u nich tężyczka.

Grasica — jest to gruczoł najbardziej związany z narządami rodnemi, lecz związek ten dotyczy wieku dziecięcego. Usunięcie grasicy przed okresem pokwitania wpływa na silny rozwój narządów płciowych, zwłaszcza jąder i jajników; odwrotnie kastracja powoduje silny rozrost grasicy. Z chwilą jednak wystąpienia okresu dojrzałości płciowej badania doświadczalne zmian wybitnych ze strony czynności gruczołu nie wykazują. Dlatego nie można stwierdzić zmian grasicy w okresie ciąży. Jest to więc gruczoł okresu dziecięcego.

Jajnik. Najbardziej charakterystyczną cechą jajnika jest tworzenie się ciałka żółtego i rozwijanie się gruczołu śródmiąższowego u niektórych zwierząt; niewątpliwy jest wpływ ciałka żółtego na zachowanie doczesnej i ciąży. Ważną też zmianą w czynności jajnika jest przerwa w jajeczkowaniu pod wpływem ciąży. Wybitne wreszcie zmiany jajnika w ciąży patologicznej (w zatruciach ciążowych) wskazują, że gruczoł ten bierze przedewszystkiem udział w przeobrażeniach ciążowych ustroju. Bez prawidłowej czynności jajnika — niema ciąży.

Nadnercze—czynność tego gruczołu wywiera olbrzymi wpływ na ustrój; gruczoł ten według badań Haberera i Stoerka jest

niezbędny dla życia. Działając bezpośrednio drogą krwi (Cybulski, Popielski, Gley i inni) nadnercze oddziaływa wybitnie na stany ciąży. Zmiany ciążowe nadnerczy polegają przedewszystkiem na stałem przeroście i nowotworzeniu się komórek oraz wzmożonej czynności warstwy korowej i rdzeniowej. Nadnercze jako narząd powiększa się, powiększają się wodniczki w komórkach *Zona Fascicularis*, powiększa się wytwarzanie żółtego barwika, podobnego do tłuszczu. W okresie ciąży stwierdzono puste przestrzenie pomiędzy oddzielnemi grupami komórek. Zmianami substancji rdzeniowej tłumaczy się hypertonja ciążowa, zjawiająca się niezależnie od zmian w nerkach. Seitz wykazał zwiększenie się ilościowe adrenaliny w czasie ciąży oraz cholesterynemję. Kehler i Max Neu stwierdzają, że czynność porodowa występuje dzięki oddziaływaniu adrenaliny i pituitryny na mięsień macicy przez podrażnienie układu współczulnego. Nie jest rozstrzygnięte pytanie, czy może być ciąża utrzymana po usunięciu nadnerczy. Stosunkowo mała liczba badań w tym kierunku dała różne wyniki. Christofoletti i Nowak po usunięciu nadnerczy mieli przypadki utrzymania się ciąży, zaś Silvestri i Toretti odwrotnie mieli poronienia.

Nie ulega wątpliwości, że i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego biorą czynny udział w przeobrażeniach ciążowych ustroju — np. trzustka, szyszynka i inne. Ustalenie tych zmian lub wykazanie nieprawidłowego odczynu gruczołów wydzielania wewnętrznego w ciąży dotychczasowemi metodami klinicznemi jest niewystarczające — stąd dążenie do wyszukiwania innych sposobów jest zupełnie zrozumiałe. Badanie zmian we krwi, do której przedewszystkiem przedostają się wydzieliny gruczołów wydzielania wewnętrznego, samo przez się nasuwa duże trudności.

Badania serologiczne w ciąży, prowadzone były do niedawna w kierunku jej rozpoznawania. Od tej jednak chwili, gdy gruczoły wydzielania wewnętrznego stały się przedmiotem usilnych badań, szereg autorów jak Aschner, Biedl, Abderhalden, Eiger, Zimmer i inni starali się drogą serologiczną określić zmianę ich czynności. Mannerlé stwierdził metodą Abderhaldena dysfunkcję tarczyczy w 57% przypadków ciąży. Początek badań interferometrycznych nad czynnością gruczołów wydzielania wewnętrznego datuje się od r. 1925 w klinikach i zakładach Biera, Rona, Hirscha i Groedela gdzie pracują Zimmer, Hirsch, Leudel, Fehlof, Hubert, Lahmann, Fröhlich — a w Polsce od r. 1926 w zakładach i klinikach Uniwersytetu Wileńskiego, gdzie pracują obecnie Prof. M. Eiger, autor, Klukowski, Sawicki, a pracowali inż.

Grossman i H. Rudziński. Wyniki tych badań, ogłoszone dotychczas, są dość różnorodne, wobec czego metoda sama nie uzyskała dotychczas praw obywatelstwa, czy to w dziedzinie rozpoznawania schorzeń, czy to stwierdzania czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego. Najbardziej dodatnie wyniki podaje klinika Biera.

Pierwszy Zimmer przeprowadził badania metodą interferometryczną gruczołów wydzielania wewnętrznego u osób zdrowych; w szczególności przysadki, tarczycy, grasicy, gruczołów płciowych i nadnercza; stwierdził on, że grupa powyższych pięciu gruczołów u jednostki zdrowej znajduje się w stałej wzajemnej korelacji. Dalsze badania Zimmera, Groedela, Huberta i Helmuta starały się wyjaśnić wzajemny stosunek tych gruczołów w stanach patologicznych.

Zadaniem niniejszej pracy jest wykazanie, czy można drogą badań serologicznych — metodą interferometryczną Hirscha (odczyn Abderhaldena) — wykazać i potwierdzić zmiany morfologiczne, czynnościowe, zachodzące w gruczołach wydzielania węwnętrznego pod wpływem ciąży. Ze względu na ogłoszone dotąd badania wymienionych autorów postanowiliśmy zbadać zachowanie się pięciu gruczołów, które powyżsi autorzy badali, aby mieć możność porównania wyników naszej pracy. Gruczoły te—przysadka, tarczyca, grasica, jajnik i nadnercze — wykazują, jak zaznaczyliśmy wyżej, wybitne zmiany morfologiczne, i fizjologiczne, zależne od ciąży.

W naszej pracy oprócz badań wymienionych gruczołów staraliśmy się wykryć w surowicy ciężarnych obecność ciał rozczepiających białko łożyska. Substrat łożyska wyrabialiśmy sami (w Zakładzie Fizjologji U. S. B.), pozostałe zaś używaliśmy wyrobu firmy Pharmagans w Oberursel.

Badania nasze składają się z następujących grup:

I. Badania kontrolujące
- a) kobiet zdrowych . . . . 20 przypadków
- b) mężczyzn zdrowych . . . . 5 „

Razem . . . 25 przypadków

II. Badania ciężarnych:
- a) z ciążą prawidłową . . . . 20 przypadków
- b) z ciążą patologiczną (zatrucia) . . 13 „

Razem . . . 33 przypadki

Ogółem zbadaliśmy 58 przypadków, wykonywując łącznie 323 reakcje na poszczególne gruczoły.

Przechodząc do wykonanych badań, nie powtarzam opisu samego aparatu, ani też techniki badań; podaliśmy je w dwóch po-

przednich pracach (vide piśmiennictwo L. p. 8 i 28). W ciągu kilku lat (od r. 1926) wszystkie badania były i są wykonywane przez nas ściśle według metody Hirscha zapomocą interferometru Loevego. Stopnie zmiany surowicy pod wpływem dodanych do niej substratów z poszczególnych gruczołów ocenia się liczbowo na podstawie przesunięcia mikrośruby interferometru w stosunku do surowicy kontrolnej.

Otrzymane liczby przedstawiliśmy (według Zimmera) w postaci pionów, których wysokość odpowiada danej liczbie i dlatego jest różną — jak różne są wyniki odchyleń na poszczególne gruczoły. Przy tem piony zaciemnione wyrażają wyniki naszych badań, a piony próżne oznaczają liczby uzyskane przez Zimmera (względnie wyjaśniają, jaki powinien być odczyn danego gruczołu wobec istnienia stałej korelacji gruczołów danego przypadku podług Zimmera).

Wstępne badania interferometryczne pozwoliły ustalić, że większych lub mniejszych odchyleń interferometru na poszczególne substraty nie można uważać za wyraz wzmożonej lub upośledzonej czynności danego gruczołu. Zresztą zgodnie z badaniami kliniki Biera należało stwierdzić różny stopień oddziaływania surowic poszczególnych jednostek na jeden i ten sam substrat, nawet w granicach fizjologicznych. Więcej prawdopodobną okazała się możność uchwycenia pewnych zmian w całym układzie gruczołów wydzielania wewnętrznego zapomocą badania poszczególnych surowic na szereg substratów z różnych gruczołów. Pierwszem zadaniem było ustalenie, czy podany przez Zimmera stosunek poszczególnych gruczołów, badanych drogą analizy interferometrycznej, odpowiada rzeczywistości. Zasadnicze wnioski prac kliniki Biera są następujące:

a) czynność gruczołów wydzielania wewnętrznego może być wykazana metodą interferometryczną,

b) stopień tej czynności w obrazie interferometrycznym jest indywidualnie różny,

c) stopień czynności u tych samych jednostek zmienia się w różnych okresach czasu,

d) znaczenie ma nie pojedyńcza reakcja danego gruczołu, lecz wzajemny stosunek reakcyj badanej grupy gruczołów.

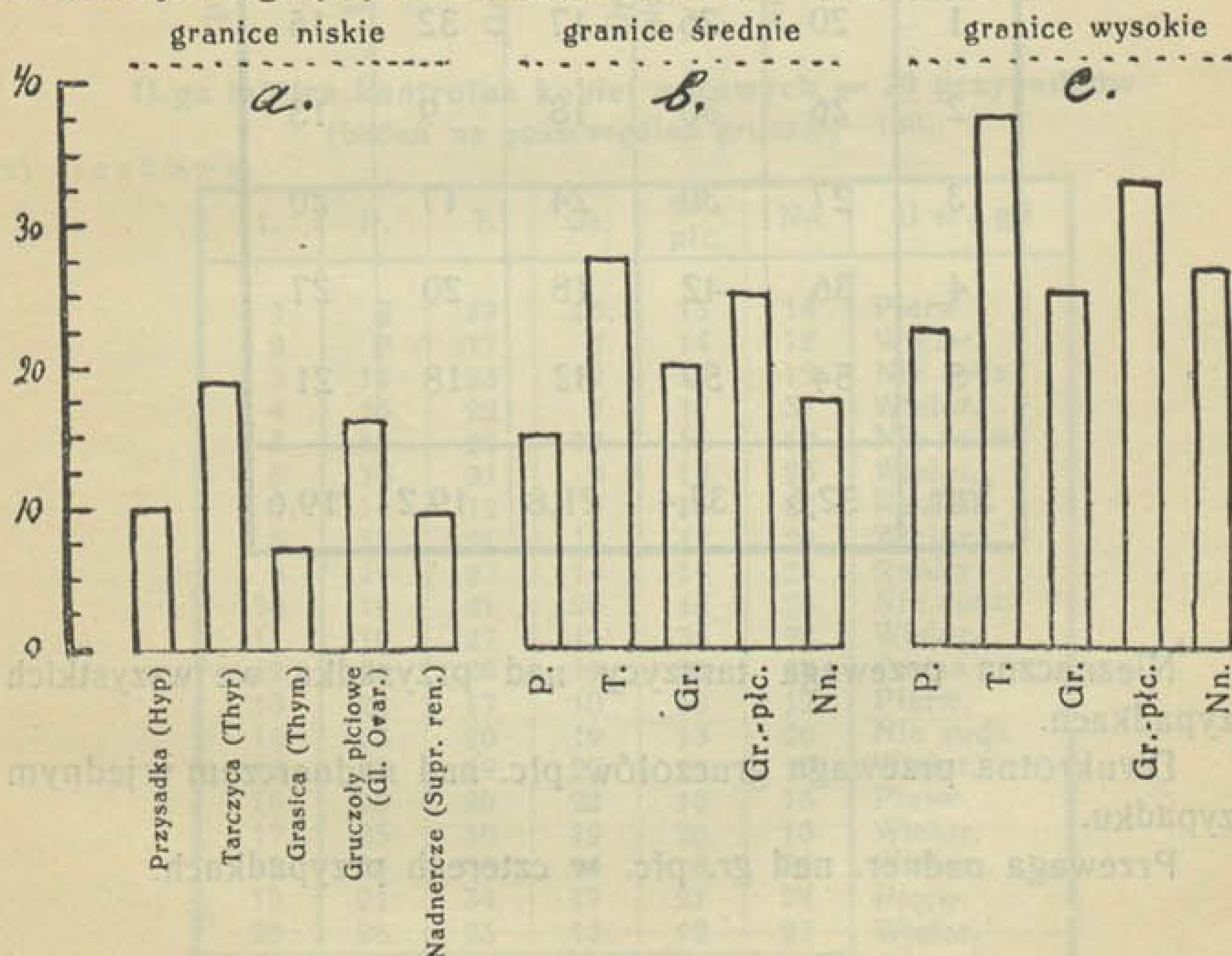
Zimmer zatem dowodzi, że istnieje ścisła zależność liczbowa pomiędzy odchyleniami interferometru na poszczególne substraty u osób zdrowych. Na zasadzie kilkuset zbadanych przypadków stara się on ułożyć następujące tablice tych zależności. Umieszczając gruczoły w następującym porządku: przysadka, tarczyca, grasica, jajnik

i nadnercze. Zimmer dowodzi, że liczbowe odchylenie interferometru na substrat przysadki jest równe odchyleniu na substrat nadnercza, a odchylenie tarczycy jest równe odchyleniu jajnika. Przytem odchylenie tarczycy jest dwa razy większe od odchylenia przysadki, a więc odchylenie jajnika jest dwa razy większe od odchylenia nadnercza. Odchylenie grasicy jest niezależne od pozostałych. O ile zatem odchylenie przysadki równałoby się 10-ciu podziałkom mikrośruby interferometru, to liczby grupy gruczołów osoby zdrowej winny być następujące:

I. przys.	II. tarcz.	III. gras.	IV. jaj.	V. nadn.
10	20	±8	20	10

Wreszcie Zimmer zaznacza, że o ile tylko zachowany jest wzajemny powyższy stosunek odchyleń na poszczególne gruczoły, to nie ma znaczenia wysokość liczb. Wzajemna korelacja jest miarą prawidłowej czynności gruczołów. Opierając się na powyższem Zimmer ustala trzy granice (stopnie) odchyleń: a) granice niskie, b) granice średnie, c) granice wysokie czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego u zdrowych. Granice te, wyrażone jako grupy pionów, przedstawiają się w postaci poniższych trzech tablic.

Tablice interferometryczne odchyleń czynnościowych gruczołów wydzielania wewnętrznego (czyli korelacji) u zdrowych—w'g Arnolda Zimmera



Badania nasze przeprowadziliśmy przedewszystkiem z surowicą 34-ch zdrowych mężczyzn i kobiet, u których nie stwierdzono klinicznie zmian w gruczołach wydzielenia wewnętrznego. Po wyeliminowaniu 9-ciu przypadków z powodu bądź pewnych niedokładności technicznych, bądź śladów hemolizy krwi mogliśmy porównać między sobą surowicę 25-ciu osób, w tem 5-ciu mężczyzn. Bliższa analiza uzyskanych wyników nie potwierdziła tezy Zimmera jakoby istniała ścisła zależność liczbowa (korelacja) pomiędzy odchyleniami interferometru na substraty poszczególnych gruczołów u osobników zdrowych.

I-sza tablica kontrolna mężczyzn zdrowych — 5 przypadków
(badań na poszczególne gruczoły — 25).

a) liczbowo:

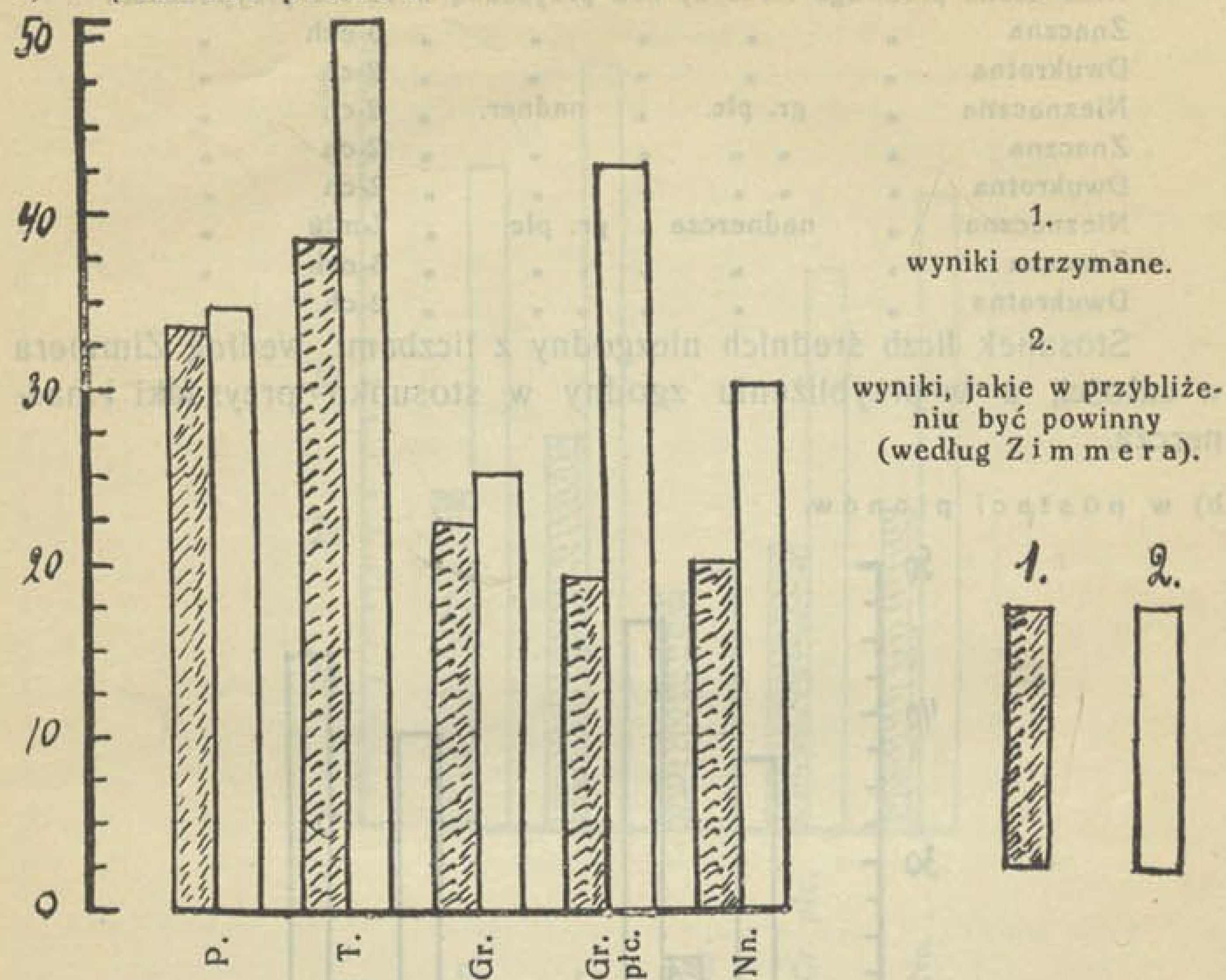
L.	P.	T.	Gr.	Gr. płc.	Np.
1	20	26	17	32	15
2	26	30	18	9	15
3	27	30	24	17	20
4	36	42	18	20	27
5	54	59	32	18	21
Średn.	32,6	37,4	21,8	19,2	19,6

Nieznaczna przewaga tarczycy nad przysadką we wszystkich przypadkach.

Dwukrotna przewaga gruczołów płc. nad nadnerczem w jednym przypadku.

Przewaga nadner. nad gr. płc. w czterech przypadkach.

b) w postaci pionów:



II-ga tablica kontrolna kobiet zdrowych — 20 przypadków
(badań na poszczególne gruczoły—100).

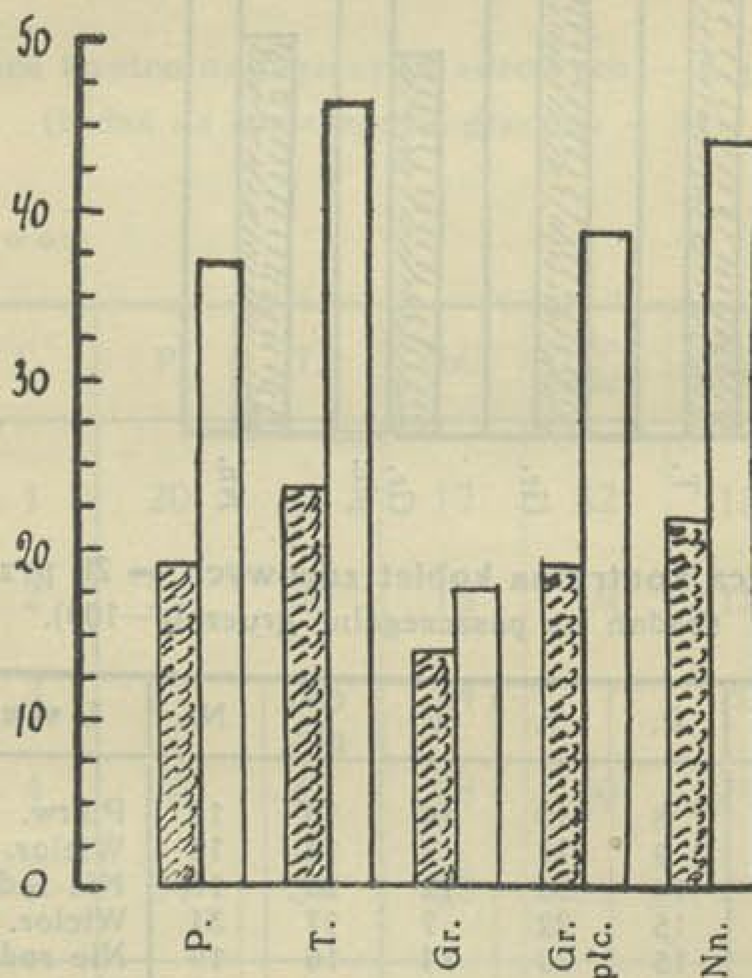
c) liczbowo:

L.	P.	T.	Gr.	Gr. płc.	Nn.	Uwagi
1	8	19	16	15	14	Pierw.
2	9	17	2	14	12	Wielor.
3	14	23	12	29	19	Nie rodz.
4	15	22	7	17	31	Wielor.
5	15	20	14	16	19	Nie rodz.
6	16	21	9	18	23	Wielor.
7	16	12	6	15	20	Roniła
8	18	21	13	17	20	Wielor.
9	19	27	14	14	23	Roniła
10	19	21	20	18	25	Nie rodz.
11	19	27	13	35	24	Wielor.
12	20	26	19	32	28	Panna
13	22	17	10	30	12	Pierw.
14	23	20	19	13	20	Nie rodz.
15	23	19	27	29	16	Wielor.
16	25	29	22	10	18	Pierw.
17	25	30	19	20	16	Wielor.
18	26	30	14	9	35	Wielor.
19	21	34	17	21	24	Pierw.
20	28	25	15	19	27	Wielor.
Średn.	19,4	23	14,4	19,6	21,3	

Nieznaczna przewaga tarczycy nad przysadką w 10-ciu przypadkach.
Znaczna „ „ „ „ „ 3-ech „
Dwukrotna „ „ „ „ „ 2-ch „
Nieznaczna „ gr. płc. „ nadner. „ 2-ch „
Znaczna „ „ „ „ „ „ 2-ch „
Dwukrotna „ „ „ „ „ „ 2-ch „
Nieznaczna „ nadnercza „ gr. płc. „ 7-miu „
Znaczna „ „ „ „ „ „ 3-ech „
Dwukrotna „ „ „ „ „ „ 2-ch „

Stosunek liczb średnich niezgodny z liczbami według Zimmera w całości, a w przybliżeniu zgodny w stosunku przysadki i nadnercza.

b) w postaci pionów:



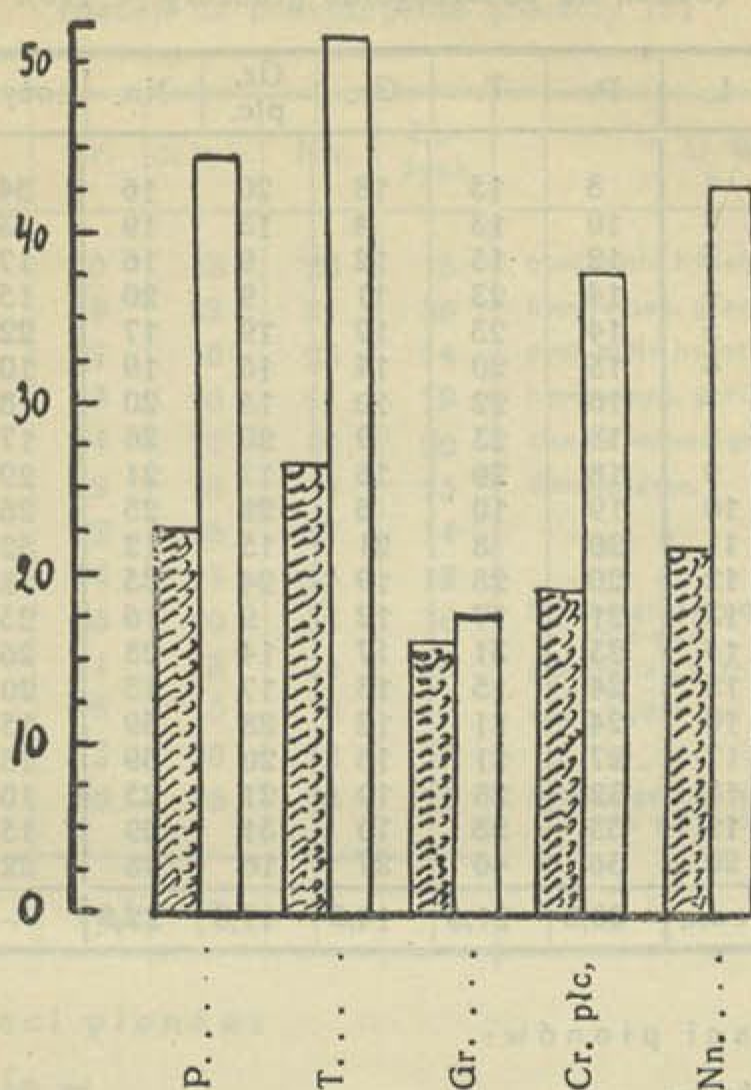
III.cia tablica kontrolna ogólna zdrowych.

Zestawienie wyników tablic I-szej i II-giej (łącznie przypadków — 25, badań na poszczególne gruczoły - 125).

a) liczbowo:

Liczba 25	P.	T.	Gr.	Gr. płc.	Nn.
Średn.	22	25,5	15,5	19,5	21

b) w postaci pionów:



Ogólne zestawienie badań surowicy zdrowych mężczyzn i kobiet (tabl. III a i b) potwierdza wyniki badań Zimmera w stosunku do przysadki i nadnercza, zaś korelacja wszystkich gruczołów nie jest zachowana. Wyniki nasze są tylko przybliżone do wyników badań kliniki Biera.

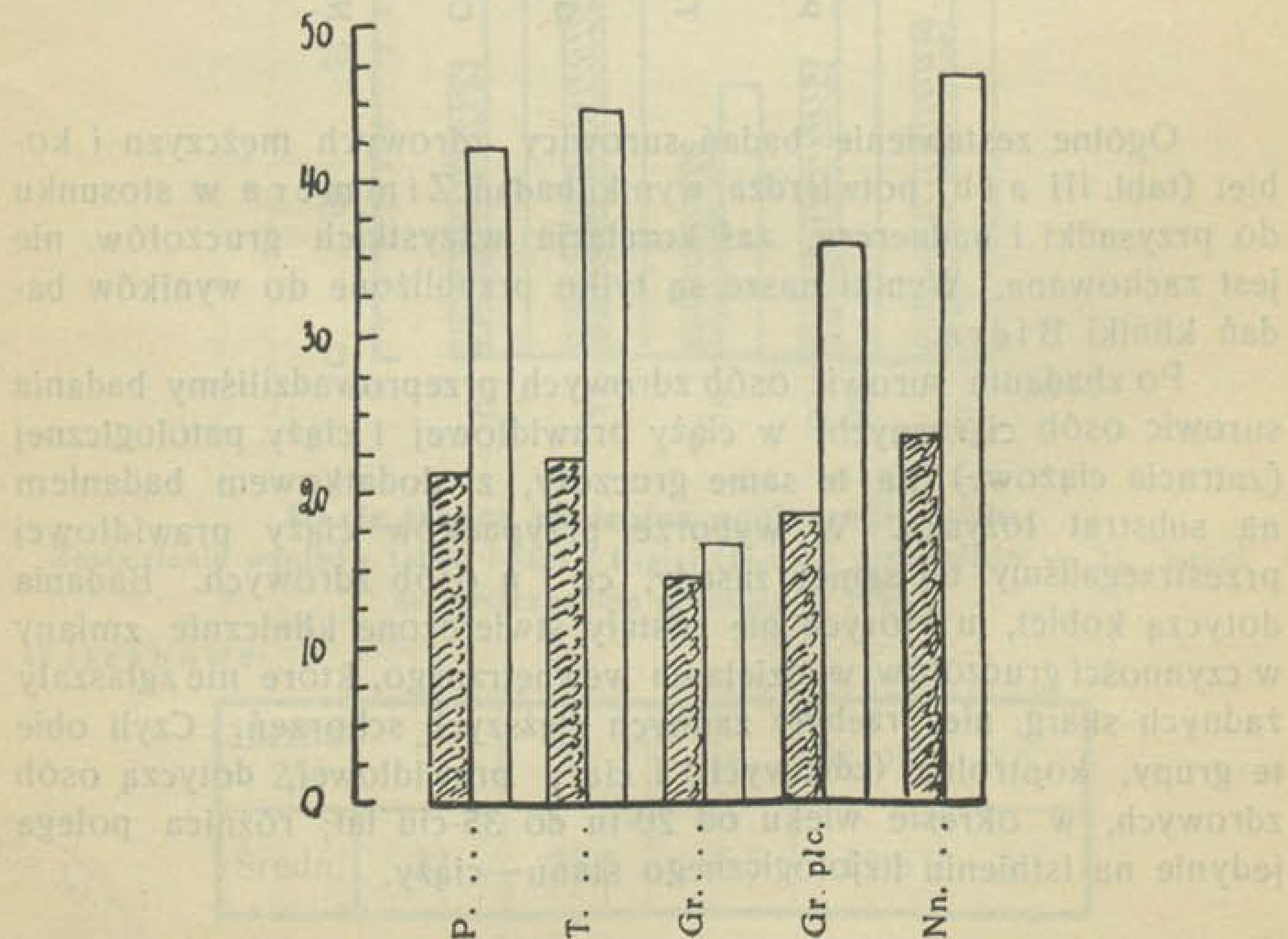
Po zbadaniu surowic osób zdrowych przeprowadziliśmy badania surowic osób ciężarnych, w ciąży prawidłowej i ciąży patologicznej (zatrucia ciążowe) na te same gruczoły, z dodatkowem badaniem na substrat łożyska. W wyborze przypadków ciąży prawidłowej przestrzegaliśmy tej samej zasady, co i u osób zdrowych. Badania dotyczą kobiet, u których nie zostały stwierdzone klinicznie zmiany w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, które nie zgłaszały żadnych skarg, nie przebyły żadnych cięższych schorzeń. Czyli obie te grupy, kontrolna (zdrowych) i ciąży prawidłowej, dotyczą osób zdrowych, w okresie wieku od 20-tu do 35-ciu lat; różnica polega jedynie na istnieniu fizjologicznego stanu—ciąży.

IV-ta tablica kobiet w stanie ciąży prawidłowej — 20 przypadków
(badań na poszczególne gruczoły — 120).

a) liczbowo:

L.	P.	T.	Gr.	Gr. plc.	Nn.	Łożysk
1	8	15	18	20	16	34
2	10	13	4	13	19	13
3	12	15	12	9	16	17
4	14	23	11	9	20	15
5	14	23	17	19	17	22
6	15	20	14	16	19	10
7	16	22	10	14	20	18
8	18	23	9	20	26	17
9	18	29	16	17	21	29
10	19	10	6	22	28	26
11	20	8	21	15	12	32
12	20	28	19	24	25	18
13	21	17	12	9	16	23
14	23	31	17	14	28	26
15	24	15	18	17	15	20
16	24	21	12	28	39	15
17	27	21	13	20	39	18
18	32	28	19	21	25	10
19	35	28	10	31	29	15
20	36	40	27	16	28	22
Średn.	20,3	21,5	14,3	17,8	22,9	—

b) w postaci pionów:



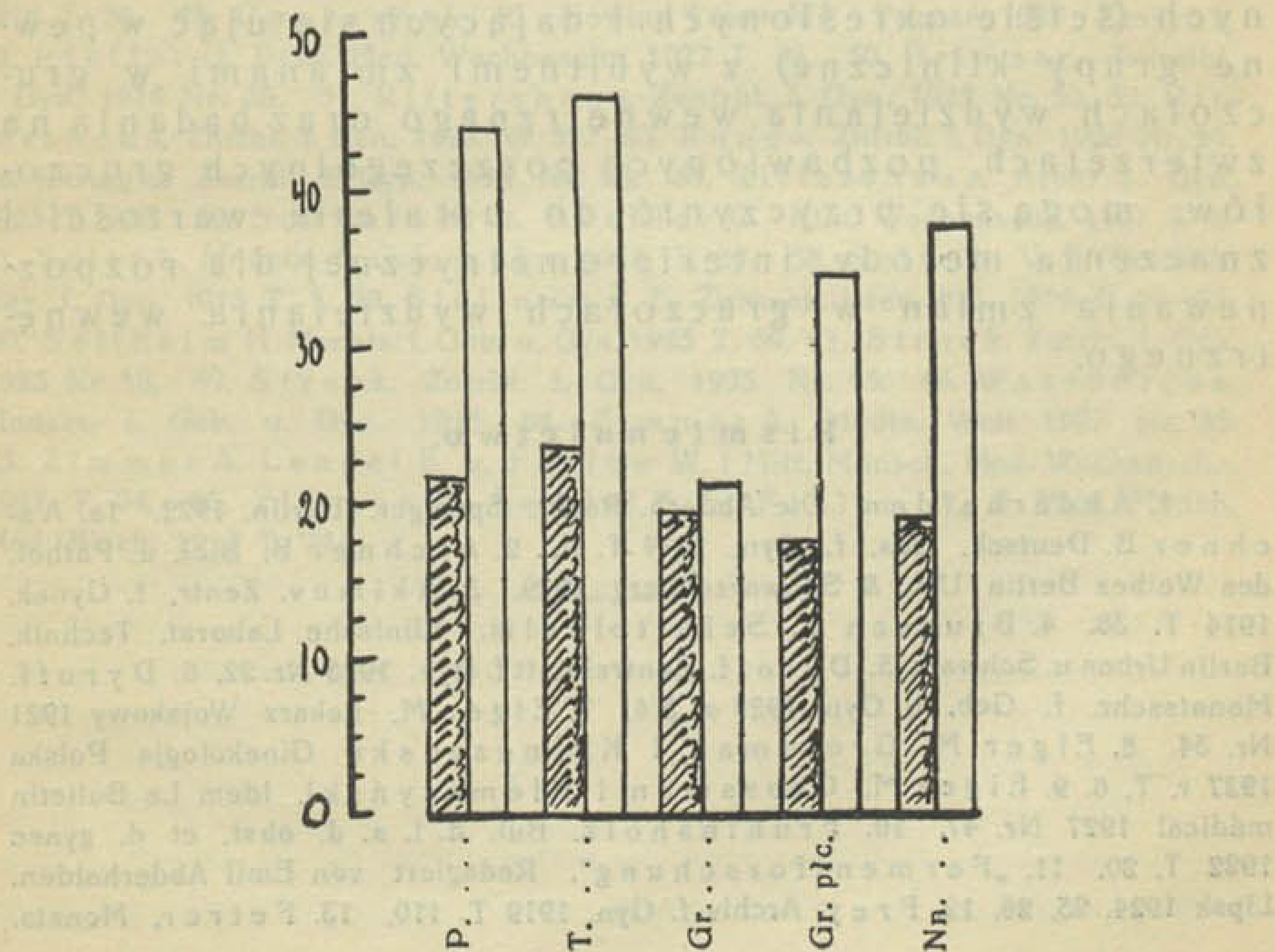
V-ta Tablica kobiet w stanie ciąży patologicznej – zatrucia ciążowe 13 przyp.

(badań na poszczególne gruczoły 78)

a) liczbowo:

L.	P.	T.	Gr.	Gr. plc.	Nn.	Łożysk	UWAGI
1	14	15	10	18	23	16	post mola hydat chorion epitel susp?
2	16	11	19	22	21	36	hyperemes. gravid.
3	18	2	27	16	23	14	post mola hydat. chorion epitel susp?
4	18	22	23	20	11	19	hyperemes. gravid.
5	18	23	4	16	10	20	chorea minor grav.
6	18	13	19	20	7	15	emesis grav.
7	19	18	22	15	27	14	" "
8	20	23	14	17	15	12	" "
9	23	48	46	29	35	16	herpes gestationis gr. X mens 11 dies ante part.
10	23	20	11	8	14	16	glicosuria (1,2%)
11	27	31	8	5	18	15	mola hydat gr. V mens.
12	32	29	15	20	12	18	" "
13	38	45	36	16	28	25	herpes gestat. gr. X mens. 1/2 die ante partum.
Średn.	21,8	23	19,5	17	18	—	

b) w postaci pionów:



Analiza wyników badań interferometrycznych surowic w okresie ciąży prawidłowej i patologicznej stwierdza wielką różnicę odchyleń liczbowych interferometru na poszczególne gruczoły, odmienną prawie w każdym poszczególnym przypadku.

Badania nasze wykazały:

I. Wzajemną korelację gruczołów wydzielania wewnętrznego u zdrowych (podług Zimmera) zaledwie w 2 przypadkach na 25 zbadanych;

II. Zapomocą badania interferometrycznego nie udało się nam wykazać zmian czynnościowych gruczołów wydzielania wewnętrznego u zdrowych ciężarnych w porównaniu z wynikami badań osób zdrowych, nie będących w ciąży.

III. Stwierdzono wyraźne podniesienie się liczbowe podziałek mikrośruby interferometru (przysadka, tarczyca, grasica) w badaniach nad czynnością gruczołów wydzielania wewnętrznego u osób ciężarnych z objawami zatrucia ciążowego.

IV. Na podstawie więc naszych wyników ustalić należy, że jedynie badania przypadków patologicznych (ściśle określonych i dających się ująć w pewne grupy kliniczne) z wybitnemi zmianami w gruczołach wydzielania wewnętrznego oraz badania na zwierzętach, pozbawionych poszczególnych gruczołów, mogą się przyczynić do ustalenia wartości i znaczenia metody interferometrycznej dla rozpoznawania zmian w gruczołach wydzielania. wewnętrznego.

Piśmiennictwo.

1. Abderhalden. Die Abderh. Reakt. Springer. Berlin. 1922. 1a. Aschner B. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1914 T. II. 2. Aschner B. Biol. u. Pathol. des Weibes Berlin Urb. & Schwarzenberg 1929. 3. Akimov. Zentr. f. Gynak. 1914 T. 38. 4. Brugsch u. Schittelhelm. Klinische Laborat. Technik. Berlin Urban u. Schwarz 5. Dyroff. Zentralblatt f. Gyn. 1925 Nr. 22. 6. Dyroff. Monatsschr. f. Geb. u Gyn. 1926 z. 3/4. 7. Eiger M. Lekarz Wojskowy 1921 Nr. 34. 8. Eiger M. Grossman i Klemczyński. Ginekologja Polska 1927 r. T. 6. 9. Eiger M. Grossman i Klemczyński. Idem Le Bulletin médical 1927 Nr. 47. 10. Fruhinsholz. Bul. d. l. s. d. obst. et d. gynec 1922 T. 20. 11. „Fermentforschung". Redagiert von Emil Abderhalden. Lipsk 1924, 25, 26. 12. Frey. Archiv f. Gyn. 1919 T. 110. 13. Fetrer. Monats.

f. Geb. u. Gyn. 1914 T. 40. 14. Fröhlich. Med. Welt 1927 Heft 31. 15. Groedel F. M. u. Hubert G. Münch. mediz. Wochenschr. 1926 Nr. 42. 16. Groedel F. M. u. Hubert G. Klinisch. Wochenschr. 1926 Nr. 42. 17. Hirsch. Fermentstudien. Fischer Jena 1917. 18. Hirsch. Klin. Wochenschr. 1925 Nr. 28 i 29. 19. Hirsch. Die Abderhalden Reaktion mittels der quantitativen interferometrischen Methode nach P. Hirsch. Jena—Berlin. Springer. 1925 r. 20. Hüssy Zentralblatt f. Gyn. 1914 T. 28. 21. Kjaergaard. Zentralblatt f. Gyn. 1914. 22. Kraus u. Saudek. Zentralblatt f. Gyn. 1917 T. 41. 23. Kaufmann E. Deut. Med. Wochenschr. 1927 T. 53 24. Kuster E. u. Koulen K. Zentr. f. Gyn. 1927. Bd. 13. 25. Kaufmann E. Munch. Med. Woch. 1927 T. 74. 26, Kühn G. Ztschr. f. Klin. Med. 1927 T. 105. 27. Klukowski J. Polsk. Arch. Med. Wewn. 1930 T. VIII. 28. Klemczyński E. Ginekologja Polska 1926 T. 5. 28-a. Klemczyński E. i Ryll-Nardzewski Cz. Ginekologja Polska 1928 T. VII. 29. Kehrer E. Biol. u. Pathol. des Weibes. Urb. u. Schwarz. Berlin 1929 r. 30. Kaufman. Klin. Wochenschr. 1926 Nr. 34. 31. Kamniker. Klin. Wochenschr. 1926 Nr. 36. 32. Kamniker. Zntrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 44. 33. Knipping. Arch. f. Gyn. 1923 T. 116. 34. Kolde. Arch. f. Gyn. 1912 T. 98. 35. Kalledey L. Zntrbl. f. Gyn. 1913 T. 37. 36. Lahmann A. Münch. med. Wochschr. 1925 Nr. 36. 37. Lüttge u. v. Mertz. Archiv. g. Gyn. T. 124. 38. Lüttge u. v. Mertz. Münch. med. Wochschr. 1924 Nr. 29, 39. Landsberg. V. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1914 T. 11. 40. Mahnert. Arch. f. Gyn. 1920 T. 113. 41. Mahnert. Arch. f. Gyn. 1919 T. 110. 42. Marck. Zntrbl. f. Gyn. 1911 T. 35. 43. Maurer u. Bausi. Klin. Wohenschr. 1925 Nr. 17. 44. v. Mertz. Zntrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 9. 45. Musa. Zntrbl. f. Gyn. 1926. Nr. 9. 46. Musa. Zntrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 50. 47, Okinczyc. Żurn. ak. i żensk. bol. 1916 T. 31. 48. Opoczyński K. Nowiny Lekarskie. Poznań 1927 Zeszyt 2. 49. Pfeffer G. Deut. Med. Wochenschr. 1927 T. 53. 50. Primsar. Zntralbl. f. Gyn. 1914 Nr. 38. 51. Rittershaus. Zentrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 50. 52. Rittershaus. Zntrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 51. 53. Runge. Zntrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 20. 54. Runge. Zntrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 23. 55. Rittershaus. Arch. f. Gyn. 1925 T. 125. 56. Schwarz K. u. Koehler G. Klin. Wochenschr. 1927 T. 6. 57. Seitz L. Monats. f. Geb. u. Gyn. 1913 T. 37. 58. Seitz L. V. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1913 T. 1. 59. Sielinow A. E. Żurn. ak. i żen. bol. 1910 T. 24—25. 60. Sellheim H Monats. f. Geb. u. Gyn. 1925 T. 69. 61. Streck. Zntrbl. f. Gyn. 1925 Nr 18. 62. Streck. Zntrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 45. 63. Waasbergen. Monats. f. Geb. u. Gyn. 1925. 64. Zimmer A. Mediz. Welt 1927 Nr. 35. 65. Zimmer A. Lendel E. u. Fehlow W. I Mitt. Münsch. Med. Wochenschr. 1927 T. 74. 66. Zimmer A. Lendel E. u. Fehlow W. II Mitt. Münch. Med. Woch. 1927 T. 74.

EUGENIUSZ KLEMCZYŃSKI.

Les recherches à l'aide de l'interferomètre des glandes indocrines pendant la grossesse.

De la Clinique Ginécologique et Obstetrique (Directeur Prof. Dr. *Wl. Jakowicki*).
Et de l'Institut de Physiologie (Directeur Prof. Dr. *M. Eiger*).
De l'Université Stefan Batory á Vilno — Pologne.

La tache de l'ouvrage présent est de démontrer est-ce qu'il est possible *de démontrer et d'confirmer par la voie des recherches sérologique avec la méthode interferométrique de Hirch* (la réaction d'Abderhalden) *les changements morphologiques et fonctionnaires causés dans les glandes indocrines par la grossesse.*

Par rapport aux recherches publiées par *Zimmer, Groedel, Hubert* et *Helmutt* nous avons pris en considération le fonctionnement des cinq glandes qui ont été examinées par ces auteurs, afin d'avoir la possibilité de comparaison des resultats de notre ouvrage. Ces glandes indocrines: *l'hypophyse, la glande thyreoide, le thymus, les ovaires, suprarénal* présentent des changements morphologiques et physiologiques éminents pendant la periode de la grossesse. Nous avons fait aussi des recherches supplémentaires avec le substrat du placenta, que nous produisions nous-mêmes, les autres venaient de la maison Pharmagans à Oberursel. Les recherches furent faites strictement sélon la méthode du prof. *Hirsch* avec l'aide de l'interferométre de *Loeve.*

Nous avons fait tout nos recherches dans 34 cas chez des hommes et femmes sains, chez qui l'examen clinique ne dèmontra aucun changement dans le fonctionnement des glandes indocrines. Après avoir éliminé 9 cas à cause des petites défectuosités techniques ainsi que des traces de l'hémolise du sang, nous avons pu comparer entre eux le sérum de 25 personnes, donc 5 hommes.

Les conclusions générales de cette groupe de recherches chez des sains confirment les résultats de celles de *Zimmer*, rélativement à l'hypophyse et l'hyponephros, mais la correlation commune de toutes les 5 glandes n'est pas conservée. Nos résultats s'approchent seulement des résultats de la clinique de *Bier.*

Nous examinâmes ensuite 20 cas de grossesse normale et 13 cas de grossesse pathologique (Les intoxications de grossesse). Dans la grossesse normale nous acceptâmes le même principe que chez

les personnes saines. Les recherches concernaient des femmes, chez lesquelles cliniquement les changements dans les glandes endocrines n'ont pas été constatés, qui ne se plaignaient de rien et qui elles — mêmes se jugeaient comme saines mais „en étât de grossesse". C'est à dire ces deux groupes: celle de contrôle et celle de grossesse normale se rapportent aux personnes saines à l'âge de 20—35 ans. La differénce consiste seulement dans l'éxistance de l'étât physiologique de la grossesse. La groupe de grossesse pathologique composaient les intoxications de la grossesse: emesis gravidarum, glycosurie, herpes gestationis et mola hydatidosa.

L'analyse des resultats de recherches dans la période de grossesse normale ainsi que de grossesse pathologique constate une grande différence de deviations numérales de l'interferométre pour chacune des glandes Nos conclusions, fondées sur cette analyse sont suivantes:

I. On a démontré la correlation reciproque des glandes indocrines chez les sains (selon Zimmer) dans 2 cas à peine sur 25 examinés.

II. A l'aide de recherches interferometriques il n'a pas réussi de démontrer la difference du fonctionnement des glandes indocines chez les enceintes saines et des personnes saines non enceintes.

III. On a constaté dans les recherches sur les personnes enceintes pathologiquement (intoxications de grossesse) une deviation numerale marquée de l'échelle du vis micrometrique pour des glandes indocrines particulières (Hypophysis, Thyreoidea, Thymus).

IV. Il est possible que les recherches des cas pathologiques (Strictement déterminés et soustraits à quelques groupes cliniques) avec des changements eminents dans les glandes indocrines, ainsi que les recherches sur les animaux privés des glandes particulières, permettrons d'établir la valeur et l'importance de la méthode interférometrique dans les recherches de ce genre.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 kwietnia 1931 r

Przewodniczący Dr. *Łukowski.*
Obecnych członków 25 oraz 27 gości.
I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. *S. Fedosewicz* demonstruje chorego: lat 34, żonaty od 1925 roku, przybył do kliniki Dermatologicznej w dniu dzisiejszym, przeto jeszcze żadnych badań klinicznych nie wykonano. Spieszę się z pokazem chorego, ponieważ do następnego posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego charakterystyczny obecnie obraz chorobowy pod wpływem leczenia szybko ulegnie gojeniu się. Chory podaje, że cierpienie rozpoczęło się u niego przed rokiem w okolicy przyśrodkowej powierzchni lewej stopy, w postaci owrzodzeń, wskutek, jak twierdzi, odparzenia skóry w obuwiu. Zwracał się do wielu lekarzy, nawet specjalistów, zarówno na prowincji, jak i w Wilnie. Stosowano mu przez cały rok rozmaite maście, prócz leczenia specyficznego. Sprawa chorobowa jednak nie polepszała się, szerzyła się i doprowadziła do stanu jaki obecnie widzimy. Głębsze, drążące, odgraniczone, a miejscami już zlane owrzodzenia, wielkości grosza, pięciogroszówki i większe, charakterystycznego kształtu nerkowatego, o dnie brudno-sadłowatem, brzegach ściętych z wyniosłym miedziano-różowym wałem na obwodzie, niemal pewnie, pomimo niewykonanego jeszcze odczynu B. W., potwierdzają tutaj rozpoznanie *luis gummosae.* Z wywiadu ustalono, iż chory w r. 1927 miał owrzodzenie na prąciu (streszczenie własne).

III. Doc. *T. Wąsowski* demonstruje przyrząd oświetlający do badań otolaryngologicznych własnego pomysłu. Silna żarówka elektryczna, umieszczona na ruchomym statywie metalowym, przymocowuje się zapomocą specjalnie urządzonego zaciskacza sprężynowego do reflektora czołowego w ten sposób, że przy zmniejszonym statywie jest od niego odległa na 11 ctm, zaś przy rozsuniętym *ad maximum* pozostaje na odległości 18 ctm. Żarówka może być ruchoma w 2 prostopadłych do siebie kierunkach dowolnie, tak aby snop światła padał na lustro reflektora pod kątem najdogodniejszym. Aparat, zdaniem prelegenta, odpowiada trzem zasadniczym warunkom, czego nie można powiedzieć o przyrządach oświetlających innego typu. Mianowicie, *primo* jest dostosowany do powszechnie używanego reflektora czołowego, *secundo*— pozwala korzystać z energji zwykłych i tanich bateryj elektrycznych,

tertio—dzięki niewysokiej cenie jest dostępny dla szerszego ogółu lekarzy (streszczenie własne).

IV. Dr. *J. Samborski* wygłosił referat: *Sarcoma hepatis primarjum* (ukaże się w druku).

Dyskusja: Dr. *Baranowska* zaznacza, że chory przybył do II Kliniki Wewnętrznej ze skargami na silne osłabienie i na guz w jamie brzusznej; rozpoznano nowotwór wątroby. Poszukiwanie pierwotnego ogniska w przewodzie pokarmowym dało wynik ujemny, natomiast stwierdzono ognisko w lewem płucu. Po 10 dniach chory zmarł.

Rektor *Januszkiewicz* zwraca uwagę prelegenta, że nic nie wspomniał o tem, że chory pochodzi z II Kliniki Wewnętrznej i że rozpoznano w Klinice za życia sprawę, jako rak wątroby, przy braku objawów ze strony przewodu pokarmowego, ale z ogniskiem nowotworowem w płucu lewem (rentgenologicznie). Ciekawe jest, że rozwój sprawy chorobowej postępował w danym przypadku daleko szybciej, niż zwykle przy raku wątroby.

Rozbiór zwłok wykazał, że rozpoznanym nowotworem w wątrobie i płucu był mięsak, co tłumaczy szybki rozwój sprawy. Przypadek kliniczny jest bardzo rzadki.

W odpowiedzi Dr. *Samborski* zaznacza, że w referacie nie wspomniał z której kliniki pochodzi materjał, ponieważ uważał, że to nie gra żadnej roli. W historji choroby powiedziano „w płucu i sercu nie wykryto żadnych fizykalnych zmian“, co też zaznaczyłem w referacie. Przypuszczam, że zdjęcie rentgenowskie (którego nie widziałem)— było zrobione później i dopiero na podstawie zdjęcia postawiono rozpoznanie *„carcinoma pulmonum“*. W referacie powiedziałem, że nowotwór wyszedł z elementów naczyniowych. Niemożliwe jest dla mnie odpowiedzieć na pytanie „czy ten nowotwór zaczął się w jednem jakiemś ograniczonem miejscu, a potem rozszerzył się drogą naczyń na cały organ, czy też zaczął się równoczesny rozrost w kilku miejscach“, ponieważ opisywany przypadek wykazywał wszędzie jednakowy rozrost nowotworowy i nie było możliwości obserwować początku rozwoju. (Streszczenie własne).

V. Dr. *D. Jedwabnik* wygłosił: Zagadnienie gruźlicy płuc Cz. 1.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 22 kwietnia 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 68 osób w tem: 26 członków oraz 42 gości.

Porządek dzienny:

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Demonstracja: Prof. *Michejda* demonstruje chorą lat 62 z ropniem wątroby, u której podczas operacji znaleziono we wspomnianym ropniu 5 dużych kamieni żółciowych ogólnej wagi około 62 gr.

III. Dr. *T. Rymkiewicz* wygłosił odczyt p.t.: Druskieniki w obecnych warunkach rozwoju.

Dr. *Dylewski*. Uruchomienie w Druskienikach inhalatorjum z dostatecznie silną solanką tak dla wziewań indywidualnych, jak i ogólnych, umożliwi przeprowadzenie leczenia w cierpieniach górnych dróg oddechowych, jak również i chorób uszu.

Dr. *Łukowski* zapytuje, czy wiercenie nowego źródła zostało ukończone, czy został dokonany *captage* źródła, czy została określona wydajność jego i czy przystąpiono już do badań nad radjoczynnością.

Prof. *Orłowski* stwierdza, iż ze zmianą zarządu w Druskienikach zaszły już duże zmiany w samem zdrojowisku. Jednakże zastanawiając się nad zdrojowiskami, jakie posiada Polska, a jakich brak, prof. Orłowski przychodzi do wniosku, że właściwie nie mamy wód alkaliczno-słonych, dobrze urządzonych, gdyż jedyne źródło, jakie posiadamy w Szczawnicy, zajęte jest całkowicie eksportem wody. Dlatego to zdaniem prof. Orłowskiego, należałoby zwrócić szczególną uwagę na Szczawnicę, gdzie nic właściwie nie urządzono dla kuracjuszy. Rozpatrując zagadnienie zdrojowisk polskich z punktu widzenia państwowego, należałoby pieniądze asygnowane na Druskieniki zużytkować na Szczawnicę, gdyż w ten sposób zostałoby umożliwione leczenie dla dużego zastępu chorych. Dalej prof. Orłowski zwraca uwagę na fakt używania wody mineralnej w Druskienikach, jako wody stołowej, podawanej w karafkach, co zdaniem jego nie powinno mieć miejsca ze względu na psychikę kuracjuszy.

Rektor prof. *Januszkiewicz* nie zgadza się z wywodami prof. Orłowskiego, z następujących powodów: Szczawnica jest własnością prywatną i o nabyciu jej przez Rząd nie może być mowy. Jeśli chodzi o Druskieniki, to chociaż one pod względem zasobów leczniczych są zbliżone do Ciechocinka, to jednak wielka odległość obu zdrojowisk odgrywa tu niezmiernie ważną rolę, ułatwiając ludności bliżej zamieszkałej korzystanie z tych zdrojowisk. Druskieniki mogą zadowolić potrzeby najróżnorodniejszych chorych, co ma duże znaczenie dla leczenia całych rodzin. Fakty te niewątpliwie wpłyną na zwiększenie się ilości kuracjuszy. Co się tyczy wody „Naszej“ w Druskienikach, to posiada ona niewątpliwie wybitny wpływ leczniczy, jest ona

bardzo korzystna dla wielu chorych z bezkwasowością, kamicą żółciową i wadliwą przemianą materji.

Dr. *Rymkiewicz* w odpowiedzi komunikuje, iż wiercenie nowego źródła prowadzone było do głębokości 300 metrów. *Captage* dotychczas jeszcze nie jest dokonany. Wierceniem zainteresował się świat geologiczny, gdyż stwierdzone zostały pokłady granitu. Poza tem dr. Rymkiewicz zaznacza, że, subsydjując Druskieniki, Rząd obecny niejako naprawił krzywdę, jaka się działa w stosunku do północno-wschodniej połaci Kraju. Druskieniki mają przed sobą wielką przyszłość i to nietylko dla kresów wschodnich, gdyż jak wykazuje statystyka, 40% kuracjuszy pochodzi z Warszawy. W końcu prelegent wspomina o sprawie urządzenia pracowni naukowej. Obecnie Druskieniki znajdują się pod kierownictwem Komisji Naukowej, w skład której wchodzą: Rektor Prof. Januszkiewicz, Prof. Siengalewicz, Prof. Jasiński i Prof. Władyczko.

IV. Dr. *Jedwabnik* wygłosił odczyt p. t.: Zagadnienie gruźlicy płuc. Cz. II (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja. Rektor Prof. Januszkiewicz zaznacza, iż niezmiernie ważnym momentem w leczeniu gruźlicy jest konstytucja chorego, i przytacza przykłady z własnej praktyki, gdzie pomimo najwcześniejszego zajęcia się chorymi i ich leczenia w warunkach sanatoryjnych wyników spodziewanych nie było. I odwrotnie, chorzy ciężko i obficie prątkujący w krótkim stosunkowo czasie powracali do zupełnego zdrowia. Co się tyczy metod leczenia, to niejednokrotnie stwierdzane były duże szkody po założeniu silnej odmy sztucznej jednostronnej, wobec czego należy raczej stosować słabą odmę obustronną przy lekkiem zajęciu drugiego płuca. Dalej Prof. Januszkiewicz podkreśla, że w otwartej gruźlicy płuc prawie zawsze udaje się wykryć laseczniki w kale, co w znacznym stopniu utrudnia rozpoznanie gruźlicy jelit.

Dr. *Swieżyński* zwraca uwagę prelegenta na brak w tablicach stosunku pomiędzy gruźlicą a tętnem. Jego zdaniem gruźlica krtani spotyka się w 25% przypadków gruźlicy płucnej.

Dr. *Hanusowicz*, nawiązując do sprawy znaczenia konstytucji, przypomina, że podobne stosunki mają miejsce w leczeniu kiły. Jedne przypadki leczą się bardzo łatwo, inne zaś nie poddają się żadnej kuracji.

Prof. *Michejda* w związku z leczeniem chirurgicznem gruźlicy podaje, iż niestety tu w Wilnie tylko kilkakrotnie miał możność operowania z powodu gruźlicy płucnej. Najcięższy z zabiegów chirurgicznych, jakim jest torakoplastyka, obecnie dzięki Sauerbruchowi stał

się mniej groźny od wielu innych, z powodu zastosowania metody parawertebralnej, rozłożonej na kilka seansów.

Dr. *Jedwabnik* w odpowiedzi komunikuje, iż mając w obserwacji materjał, obejmujący około 1500 przypadków, chciał się podzielić swemi wrażeniami i wynikami. Co się tyczy zastosowania leczenia chirurgicznego, to obecnie sprawa ta napotyka nieprzezwyciężone trudności. Phrenico-exaireza, jak torakoplastyka, nie są znane szerszemu ogółowi i dlatego tak niezmiernie trudno skłonić chorego do tych zabiegów.

Sekretarz *Dr. Zalewski.*

Posiedzenie naukowe z dnia 29.IV 1931 r.

Przewodniczący Prof. D-r *K. Michejda.*

Obecnych członków 17 oraz 15 gości.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu ostatniego posiedzenia Prezes komunikuje, że zmuszony jest zmienić porządek dzienny wskutek braku światła elektrycznego (z racji powodzi). Posiedzenie odbywa się przy świecach. Następnie Prof. *Michejda* wita przybyłego na posiedzenie Dr. *Starkiewicza*, który wygłasza odczyt p. t. „Leczenie przewlekłe chorych dzieci w kolonji leczniczej im. Rektora Brudzińskiego w Busku".

Referent zdaje sprawę z 10-letniej działalności kolonij letnich sezonowych na Górce w Busku Zdroju, przez które przeszło już do 8,000 dzieci, i z $2^{1}/_{2}$-letnich poczynań stałego sanatorjum dziecięcego na 200 łóżeczek obliczonego. Leczenie polegało na wyzyskiwaniu przyrodzonych właściwości Górki (werandowanie, słońcowanie, kąpiele siarczano-słone i inne zabiegi). Dzieci sezonowe pobierały w 90% kurację kąpielową, naogół z wynikiem bardzo dobrym. *Gros* dzieci sezonowych — to dzieci zakażone gruźlicą: na samą gruźlicę pozapłucną (t. zw. chirurgiczną) było co sezon zgórą 20% wszystkich dzieci. Kąpano dzieci i z tak ciężkiemi schorzeniami, jak t. b. c. kręgów, wielkich stawów i kości i t. p. — z wynikiem wyraźnie lepszym, niż wynik kuracji sezonowej dzieci niekąpanych, a co prelegent wykazał w odpowiednich zestawieniach i tablicach z obfitego materjału dziecięcego sezonowego. Referent stosuje kąpiel mineralną siarczano-słoną o składzie 1% chlorków, przeważnie sodu, H_2S i siarczków soli wapiennych, potasowych i jod zawierających. Kurację zdrojowo-kąpielową uważa D-r Starkiewicz w Busku za umiarkowany, a nie za silny bodziec leczniczy, w skali stosowań rozleglejszy i dający się stosować u dzieci z mniejszym ryzykiem, niż naświetlanie słońcem czy też sztuczne.

Czynnik słońca potężny, ale trzeba z nim lekarzowi bardzo umiejętnie się obchodzić, zwłaszcza u dziecka gruźliczego.

Z obserwacyj i wniosków (raczej jeszcze wrażeń) nie da się wszystkiego streścić.

Choć mowa dziś ciągle na Górce o dzieciach gruźliczych, dąży się tam do stworzenia z sanatorjum raczej zakładu poliklinicznego, dla dzieci z najróżnorodniejszemi przewlekłemi schorzeniami; dzieciom tym, jako przewlekle chorym, udzielana jest systematyczna nauka w zakresie 7-u klas szkół powszechnych, a przedszkolnym dzieciom, gry i zajęcia przedszkolne — powstaje więc uzdrowisko — szkoła, w której także zaprowadzono: koszykarstwo, introligatorstwo, roboty kobiece.

W kolonji rozpoczęto już pewne badania kliniczne, które pójdą głównie po linji współczesnej wiedzy balneologicznej (prof. Gröer): u dzieci z gruźlicą chirurgiczną badania pójdą w kierunku możliwie dokładniejszego określenia rokowania co do stanu i charakteru schorzenia gruźliczego, jako będącego wyrazem schorzenia całego organizmu.

Referat kończy się apelem do lekarzy, aby podjąć raz nareszcie planowe, racjonalne lecznictwo sanatoryjne dziecięce w Polsce.

[Przedruk ze streszczenia refer. z „Pedjatrji Polskiej"].

Dyskusja: Prof. *Jasiński* podkreśla, że badania poszczególnych bodźców leczniczych jest nader ważne; działanie kąpieli możliwe jest do badania tylko na miejscu i dlatego Zakład Górka, posiadający wszelkie niezbędne do tego urządzenia, powstałe dzięki energji i staraniom p. Dr. Starkiewicza—w zupełności temu odpowiada. Musimy starać się jak najwięcej stwarzać podobne zakłady w rozmaitych częściach kraju, wyzyskując odmienne warunki miejscowe. Mając dotychczas jeden taki Zakład, a mianowicie Górkę w Busku, musimy go ze wszech stron popierać.

Prof. *K. Michejda* zaznacza, że dzieci dotknięte gruźlicą chirurgiczną potrzebują długiego przewlekłego leczenia, które w naszych warunkach ekonomicznych leczenie sanatoryjne czyni w większości wypadkach niemożliwem. Odnoszę wrażenie, że leczenie tych chorych w warunkach domowych jest możliwe, jeżeli leczenie to będzie należycie zorganizowane. Połączenie leczenia zakładowego i domowego może być wyjściem dobrem dla wielu naszych chorych, wśród których większość pacjentów należy do sfer niezamożnych, i mimo najlepszych chęci nie może na dłuższy okres czasu korzystać z wyjazdu do zdrojowisk.

Poza tem zabierał głos D-r *Zienkiewicz* (streszczenia nie załączył).

D-r *Starkiewicz* w krótkich słowach daje wyjaśnienia zabierającym głos w dyskusji — poczem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz D-r *Mienicki*.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 maja 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*.

Obecnych 26 członków oraz 53 gości.

Porządek dzienny:

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Wybory nowych członków. Wybrani zostali jednogłośnie: Prof. Dr. *Michał Seńkowski;* Dr. *Władysław Żemojtel*, Dr. *Wiera Gilels*, Dr. *Helena Maciejewska*, Dr. *Jadwiga Muraszkówna*, Dr. *Hanna Marynowska*, Dr. *Emilja Salitówna*, Dr. *Krystyna Stawiarska*. Dr. *Eugenjusz Klemczyński*, Prof. Dr. *Maksymiljan Rose* i Dr. *Emil Sawicki*.

III. Korespondencja. Prezes odczytuje pismo Warszawskiego T-wa Lekarskiego z prośbą o złożenie pieniężnych datków celem ufundowania stypendjum im. ś. p. D-ra Stanisława Sawickiego, byłego członka honorowego naszego T-wa.

Wśród obecnych na ten cel zebrano 82 zł., uzupełniono do 100 zł. z kasy T-wa i przesłano do Warszawskiego T-wa Lekarskiego.

IV. Demonstracje: 1) Dr. *St. Fedosewicz* demonstruje chorego, jako bardzo ciekawy przypadek pod względem rozpoznawczym. Nawet dla dermatologa na pierwszy rzut oka sprawa rozpoznania może wzbudzać w tym przypadku duże wątpliwości. Dotyczy on chorego, w wieku lat 20, kawalera, z zawodu robotnika, zamieszkałego na wsi, który przybył do Kliniki Dermatologicznej 2 b. m. Chory podaje, że we wrześniu r. ub. zauważył owrzodzenie na śluzówce nosa, które potem przeszło na części zewnętrzne nosa. Leczył się maściami oraz przyjmował tran. Z przebytych chorób podaje dur brzuszny. Choroby weneryczne neguje. Rodzice żyją, są zdrowi. Tylko matka, zauważa chory, jeszcze w panieństwie, w 18 roku życia, miała również podobne owrzodzenia wewnątrz i nazewnątrz nosa, które po roku trwania jednak same bez leczenia zagoiły się, pozostawiając blizny po sobie. Chory wzrostu średniego, wagi 55 kg. Skóra czysta, miernie wilgotna, barwy cielistej. Podściółka tłuszczowa względnie słabo rozwinięta. Włosy i paznokcie niezmienione. Błony śluzowe blado-różowe. Gruczoły chłonne podszczękowe, szyjowe, pachowe, łokciowe i pachwinowe powiększone, twarde, niebolesne. Źrenice równomiernie rozszerzone, prawidłowo oddziaływają na światło, odruchy kolanowe normalne, objaw Romberga ujemny, dermografizm

różowy, wzrok i słuch normalne. Narządy wewnętrzne zmian chorobowych nie ujawniają. Ciepłota ciała prawidłowa — 36,5°. Rozbiór moczu obecności składników patologicznych nie wykazuje. Same zmiany chorobowe przedstawiają się, jak następuje: w okolicy obu otworów zewnętrznych nosa na chrząstkowej części przegrody z przejściem nawet na część kostną, na prawej muszli dolnej i obu skrzydłach, a szczególnie na prawem, jest widoczny głęboki i dość rozległy ubytek tkanki. Zniszczeniu uległy przedewszystkiem części miękkie tkanek nosa. Dno tego rozległego owrzodzenia, przechodzącego ze śluzówki obu otworów nosowych na skórę wargi górnej i obu skrzydeł, jest dość głębokie, sięgające aż w skórę właściwą, sączące, o powierzchni nierównej, ziarnistej, miejscami pokrytej bujającą ziarniną oraz nieznaczną ilością brudno-ropnej wydzieliny. Brzegi owrzodzenia są dość ściśle ograniczone, nieco wyniosłe, wywinięte, miejscami nawet podryte, spoistości lekko twardawej, prawie mięsiste, zapalnie nacieczone, o zabarwieniu różowo-miedzianem. Miejscami na brzegach widoczne są brunatnawo-żółtawe strupki, wytworzone z przyschniętej wydzieliny, dość mocno przystające. Nigdzie na brzegach guziczków wilkowych nie widać. W jamie ustnej, w miejscu przejścia podniebienia twardego w miękkie są widoczne rozpoczynające się zmiany chorobowe w postaci lekko bujających guzków.

Co tutaj należy rozpoznawać? Nie myślimy o twardzieli nosa (Rhinoscleroma), ani też o złośliwej sprawie nowotworowej, mianowicie raku (carcinoma), ponieważ pierwszy proces wywołałby zgrubienie o znacznej spoistości, nawet chrząstkowatej, oraz bliznowate ściągnięcia i zatkanie nosa. Rak dawałby twardszy naciek, a nie nacieczenie zapalne, i w takim przeciągu czasu jak tutaj nie doprowadziłby do obecnego zniszczenia. To też musimy tu ściśle różnicować między bacillozą a spiryllozą. W *lupus vulgaris* czyli *tuberculosis luposa* sprawa chorobowa wymagałaby dłuższego czasu trwania, by doprowadzić do zmian, jakie tu widzimy; 8-mio miesięczny przebieg trochę za prędki na gruźlicę; następnie w miejscach nierozpadających się na brzegach owrzodzenia byłyby charakterystyczne guziczki wilkowe, których tu niema. Prawda, zniszczenie części miękkich, w miejscu przejścia na śluzówkę nosa, jest typowe dla gruźlicy, ale wiemy też, że i kiła, niszcząca zazwyczaj części kostne, poraża jednak czasami części miękkie, czyli typowa lokalizacja schorzenia w przypadkach pojedynczych nie może decydować o rozpoznaniu. Brak charakterystycznych guziczków wilkowych, głęboki ograniczony proces rozpadowy, czego się nie spotyka w *tuberculosis luposa*, podryte brzegi, 8-mio

miesięczny czas trwania choroby oraz ujemny wynik wykonanego odczynu Pirqueta przemawiałyby za *lues tertiana* (*gummosa*). Anatomopatologicznie trudno jest odróżnić *tuberculosis luposa* od *lues tertiana*, ponieważ obie te sprawy chorobowe należą do ziarniniaków swoistych zapalnych i drobnowidzowo w jednej i drugiej sprawie mielibyśmy podobny obraz mikroskopowy nacieku granulacyjnego, składającego się z limfocytów, komórek nabłonkowych olbrzymich i t. d. Odczyn B. W. we krwi naszego chorego wypadł ujemnie. Ale przecież wiemy, że w trzecim okresie kiły nabytej B. W. bywa tylko w 70% dodatni, a w kile wrodzonej nawet jeszcze rzadziej. Choremu w dniu 4 b. m. wprowadzono dożylnie NS 0,15 w celu prowokacji i po paru dniach powtórnie się zbada krew na B. W.

Jeżeliśmy tutaj prawie rozpoznali, przypuśćmy, kiłę, to musimy jeszcze zastanowić się nad tem, czy to kiła nabyta (*acquisita*), czy też wrodzona (*congenita*). Triady Hutchinsona brak, ale jednak wspomniany ujemny wynik B. W., młody wiek chorego, oraz dane z wywiadu, że matka miała kiedyś takież owrzodzenia w nosie, które potem same bez leczenia się pogoiły, przemawiałyby za *lues congenita*. A więc przypadek ten jest bardzo ciekawy, ale nietypowy. Teraz jeszcze nie jesteśmy bezwzględnie pewni swego rozpoznania, dopiero *ex juvantibus*, o ile po prowokacji B. W. wypadnie dodatnio, potwierdzimy nasze przypuszczenia. Jeżeli to jest sprawa kiłowa, to po zastosowaniu specyficznej kuracji, gojenie się będzie postępowało nadzwyczaj szybko i efektownie. Nawet już teraz daje się zauważyć, że po prowokacyjnej dawce NS jest pewna poprawa: owrzodzenie cokolwiek się oczyściło, wywinięty brzeg opadł, granulacje są żywsze.

2) Prof. *Michejda* demonstruje chorego z obustronną *pleuritis*, operowanego dwukrotnie z powodu uporczywej przetoki. W roku 1925 wykonano torakoplastykę sposobem Sauerbrucha, poczem nastąpiło całkowite wyleczenie.

3) Dr. *Trzeciak* demonstruje kamień kałowy wielkości jaja perliczego, który spowodował niedrożność. Na oddział chirurgiczny szpitala św. Jakóba w dniu 4 maja dostarczono chorą lat 80, która zachorowała dnia 29 kwietnia po spożyciu jaja i świeżego chleba. Zjawiły się bóle w górnej połowie jamy brzusznej z wymiotami. Przed wstąpieniem do szpitala była leczona jakiemiś lekarstwami, a następnie lawatywami wysokiemi z oliwy, morfiną i atropiną; w chwili badania t. 36,5, puls 82, wymioty nieobfite płynne, język podsychający, brzuch wzdęty, z bolesnością głównie w okolicy pępka, stawiania jelita brak, wyraźne przelewanie się treści w jelitach; płuca i serce odpowiednio do wieku. Po

otwarciu jamy brzusznej w linji środkowej: jelita cienkie rozdęte i nastrzyknięte i dopiero w odległości kilkudziesięciu cm. od jelita ślepego— zapadnięcie, w którem stwierdzono pojedyńczy twardy kamień kałowy, przesuwalny z pewnym oporem. Zabieg — według zasad ogólnych. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość spotykanych przypadków niedrożności, wywołanej pojedyńczym kamieniem kałowym.

V. Doc. Dr. *T. Wąsowski* wygłosił referat p. t.: Wpływ odmy sztucznej i wyrwania nerwu przeponowego na przebieg gruźlicy krtani. (Rzecz przeznaczona do druku).

VI. Prof. Dr. *Z. Orłowski* wygłosił odczyt pod tyt: Zdrojowiska polskie.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 maja 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych członków 29 oraz 47 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Prof. Dr. *Z. Orłowski* wygłosił odczyt (część I) „Wskazania do leczenia chorych w zdrojowiskach krajowych".

Sekretarz Dr. *Mienicki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 20 maja 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 61 osoba, w tem: członków 22 oraz gości 39.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. *Gelman* wygłosił odczyt p. t.: Choroba Gaucher. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja: Dr. *de Rosset* zaznacza, że aczkolwiek zaburzenia przemiany materji w układzie śródbłonkowo-siateczkowym w przypadkach choroby Gaucher dotyczą odmiennej grupy lipoidowej, niż w przypadkach konstytucjonalnych hypercholesterynemji, niemniej jednak Eppinger w kilku przypadkach znalazł podwyższenie zawartości cholesteryny we krwi. Zwracając zaś uwagę na wybitne objawy niedomogi szpiku kostnego w opisywanem schorzeniu (cytologiczne badanie krwi, samoistne złamanie kostne) wobec braku bardzo charakterystycznych objawów krwotoczności (małopłytkowej), byłoby bardzo ciekawe stwierdzenie w danym przypadku płytkotwórczej zdolności szpiku kostnego. W końcu Dr. de Rosset zapytuje, czem prelegent tłumaczy



obecną u danego chorego znaczną limfopenję oraz gorączkowy przebieg cierpienia.

Dr. *Gelman* w odpowiedzi podaje, że badał razem z Doc. *Bagińskim* preparaty śledziony na zawartość cholesteryny, lecz nie udało się jej wykazać.

Leukopenję oraz limfopenję tłumaczy się tem, że cała tkanka, która ją wytwarza, zajęta jest komórkami Gaucher'a.

Co się tyczy temperatury, to pozostaje ona w związku z zapaleniem płuc odoskrzelowem, wskutek którego chory prawdopodobnie zmarł.

III. Prof. Dr. *Z. Orłowski* wygłosił odczyt p. t.: „Wskazania do leczenia chorych w zdrojowiskach krajowych. Cz. II.

Posiedzenie naukowe z dnia 27 maja 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 30 członków oraz 44 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Dr. *Kucharski* demonstruje chorego po operacji raka odbytnicy. N. N. lat 49, chory rzekomo od lipca 1930 r. W r. 1918 przebył czerwonkę; stolce zaparte—2 w tygodniu. Od lipca częste parcie w niewielkich ilościach z krwią i ropą. Mocz wydaje w łączności ze stolcem. W ostatnich czasach spadł na wadze. *Per rectum*: na wysokości 10 cm. guz kraterowaty, okrężny, ruchomy. Gruczoły w pachwinie powiększone. Cystoskopja: ujście moczowodów nieco obrzękłe. W. R. (—) ujemna. Rozpoznanie: „*Ca recti*". Operacja: I akt. Laparatomia w linji środkowej poniżej pępka, guz w przejściu z *colon pelvinum* w *rectum*, ruchomy; wysokość 3—5 ctm. Wykonano resekcję jelita grubego w przejściu „S"R. na *colon pelvinum*, obwodowy odcinek zaszyto na głucho i wpuszczono do miednicy małej i dośrodkowy wszyto w ranę laparatomijną (*anus praeternaturalis*).

Przez odpowiednie nacięcie otrzewnej wykonano oddzielenie jamy brzusznej od małej miednicy. Ranę laparatomijną zaszyto częściowo na głucho. Mimo, że chory przebył obustronną bronchopneumonję, wykonano w czasie spóźnionym 10.IV II akt operacyjny — typowy dla „Ca recti", operacja metodą Kraskiego. Podczas zabiegu znaleziono silny zrost z pęcherzem; usunięto całą kiszkę stolcową aż do odcinka zaszytego. Sączek. Zabieg chory zniósł dobrze. Podczas zabiegu przy „Ca recti" trzeba dobrze zważyć następujące dane:

1) czy da się uskutecznić mobilizacja colon pelvinum i „S"R. w szerokim zakresie.

2) czy są odpowiednie warunki ukrwienia.
3) stosunek jelita do otaczających organów.
4) zachowanie się gruczołów pachwinowych.

Zależnie od tych warunków można wykonać mniej lub więcej radykalny zabieg (streszczenie własne).

III. Dr. *Achmatowicz* demonstruje chorego, któremu przed 18-tu dniami dokonał, z powodu złośliwego nowotworu odbytnicy, resekcji odbytnicy metodą abdomino - perinealną z zachowaniem zwieracza i mięśnia dźwigacza odbytu.

Przebieg pzypadku: chory lat 35, szewc, od 2-ch lat krwawe biegunki, ostatniemi czasy zaczął chudnąć. W dzieciństwie przebył dur, przed kilku laty rzeżączkę. Przybył do szpitala z rozpoznaniem guzów krwawniczych odbytu. Przy badaniu stwierdzono: blady, złego odżywiania, gruczoły niemacalne, narządy wewnętrzne bez zmian, brzuch miękki, nie bolesny. *Per rectum*: w odległości 3 cm od odbytu leży owrzodzenie o dnie i brzegach twardych, bolesnych, łatwo krwawiące, okrężnie zajmujące całą odbytnicę, sięgające wysoko ku górze. Owrzodzenie przerasta ścianę odbytnicy. B. W. ujemny. Kiły nie przechodził.

Eter. Laparatomia, po otwarciu brzucha stwierdzono, iż *rectum* jest całkowicie objęte guzem, który przechodzi na *colon pelvinum*, gruczoły chłonne wzdłuż obu *ven. hypogastric.* twarde, powiększone, od przodu guz jest w ścisłej łączności z tylną ścianą pęcherza. Guz mało ruchomy. Kreska esicy w starych bliznach. Podwiązano *v. haemmoroid. sup.* wysoko w miejscu krytycznem, poczem nacięto blizny w *meso sigmoideum*, zawdzięczając czemu esicę można było z łatwością opuścić do poziomu *ani*. Następnie wydzielono *colon pelvinum* i *rectum* łącznie z gruczołami i tkanką tłuszczową. Zostały również wydzielone i usunięte gruczoły wzdłuż obu *v. v. hypogastric.* i moczowodów, wyseparowano pęcherz, gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, od tyłu została usunięta cała tkanka tłuszcowa i gruczoły, w ten sposób, iż została obnażona powierzchnia *os sacri*. Po dojściu do *levator ani*—dźwigacza odbytu—opuszczono *ad maximum* ku dołowi dolne ramię esicy i zapomocą węzełkowatych szwów przyszyto otrzewnę ścienną miednicy małej do otrzewnej, pokrywającej dolne ramię esicy. Ranę brzucha zaszyto na głucho. Następnie chorego ułożono w pozycji jak dla operacji hemoroidów, nacięto cyrkularnie śluzówkę odbytnicy jak przy operacji Whit Headr'a i wydzielono ją do górnego brzega *levatoris ani*, poczem przecięto ścianę odbytnicy i sprawdzono całą odbytnicę z tkankami ją otaczającemi przez *anus* nazewnątrz. O 4 ctm. powyżej górnej granicy *colon pelvinum* przecięto i wszyto dolne ramię esicy do skóry odbytu.

W chwili obecnej stolce oddaje 2—3 razy dziennie. Kurczliwość zwieracza jest coraz lepsza. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. *Malinowski* zwraca uwagę, że ujemna R. W. nie jest jeszcze dostatecznym dowodem dla wykluczenia sprawy swoistej. Rozpoznanie w danym razie należałoby uzupełnić badaniem anatomo-histologicznem.

Prof. *Michejda* stwierdza, że rak odbytnicy był przedmiotem obrad na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie. Większość chirurgów polskich skłania się raczej do metody kombinowanej abdomino-sacralnej jednoczasowej. Co się tyczy prognozy, to w tej sprawie trudno się wypowiedzieć; mamy przypadki, gdzie, zdaje się, nie może być żadnej nadziei co do wyzdrowienia, a jednak wyzdrowienie następuje i odwrotnie w przypadkach zdawałoby się lżejszych, szerzenie się sprawy chorobowej po operacji postępuje. Jako przykład prof. *Michejda* przytacza przypadek z własnej praktyki: chory z gruczolako-rakiem, był operowany w roku 1925; stan był bardzo ciężki, traktowany nawet, jako nie nadający się do operacji. Mimo to po operacji nastąpiła szybko poprawa, chory po roku ożenił się i do dziś dnia cieszy się zupełnie dobrem zdrowiem.

Sposób, jaki zastosowali obaj prelegenci, zgodny jest z nowoczesnemi tendencjami w zakresie chirurgji odbytnicy.

Dr. *Achmatowicz* w odpowiedzi prof. Malinowskiemu stwierdza, że stawiając rozpoznanie raka obytnicy miał na względzie:

1) anamnezę — chory przebycie kiły zaprzeczał,
2) kliniczne badanie: wygląd chorego, konsystencja owrzodzenia,
3) ujemny Wasserman,
4) skrawek nowotworu był wysłany do mikroskopowego badania.

Prof. *Michejda* uważa, że rozpoznanie w danych przypadkach było zupełnie trafne. Na badaniach anatomiczno-histologicznych, aczkolwiek są one bardzo ważne, opierać się możemy tylko łącznie z obrazem klinicznym; znamy zresztą przypadki, gdzie i badania histologiczne zawodzą. Jako przykład prof. *Michejda* przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej operowany z powodu raka piersi. Kilkakrotne badania histologiczne stwierdziły utkanie gruźlicze; chora wyjechała do sanatorjum w Szwajcarji, skąd jednak powróciła w stanie ciężkim z przerzutami rakowemi. Zmarła z powodu raka.

IV. Dr. *Fedosewicz* wygłasza referat „Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposiego" (przeznaczone do druku).

Dyskusja: Prof. *Malinowski* podkreśla, że w preparatach histologicznych prócz komórek wrzecionowatych mamy także i obraz podobny

do tego, jaki spotykamy w ziarniniakach. Ciekawe też jest, że suppozycja do tła gruźliczego (jak to mamy przy tuberkulidach) została w danym przypadku przez nas stwierdzona, gdyż wpływ tuberkuliny łącznie z bezsolną djetą jest bardzo widoczny.

Rektor *Januszkiewicz* przypomina, że przed paru laty obserwował żołnierza z oddziału wojskowego wewnętrznego, u którego prócz zmian we krwi, wyrażających się głównie w wysokim % limfocytów, pojawiały się guzy w skórze. Pierwotnie guzy te traktowane były jako limfatyczne. Barwa tych tworów była rozmaita. Badanie histologiczne przemawiało raczej za sarkomatem. Tło gruźlicze podobnych spraw chorobowych jest bardzo wątpliwe. Szkoda że przypadek demonstrowany dziś, nie był także przedstawiony wcześniej, gdy zmiany skórne nie uległy jeszcze wessaniu się.

Dr. *Mienicki*: przypadek wspomniany przez p. rektora Januszkiewicza widziałem, różnił się on od przedstawionego dziś. Tu bowiem nie mamy takich dużych tworów guzowatych i wybitnych zmian we krwi.

Prof. *Malinowski* podkreśla, że miał na względzie, o czem też zaznaczył, nie sprawę gruźliczą *par excellence*, a tuberkulidy, które mogą już przez sam ustrój być usunięte — gdyż są przejawem silnej odporności ustroju.

V. Dr. *E. Sawicki* demonstruje przypadek *Urticaria pigmentosa*, dotyczący mężczyzny 22 lat, u którego sprawa chorobowa rozpoczęła się przed $1^1/_2$ r. W wywiadzie nic szczególnego. Chory dobrze odżywiany, ze strony narządów wewnętrznych zmian patologicznych nie stwierdza się. Dermografizm wybitnie czerwony. Na skórze twarzy, na tułowiu, na obu kończynach górnych i dolnych widoczne są guzki i plamki wielkości ziarna soczewicy i nieco większe, ściśle odgraniczone, barwy brunatnawej. Poza tem powierzchnia tych ognisk gładka, niektórych lekko ziarnista. Mechaniczne ich podrażnienie powoduje po upływie krótkiego czasu, powstawanie przekrwienia i obrzęk. Stopień obrzęku może być różny: od nieznacznego uwypuklenia się ogniska do bąbla pokrzywki zwykłej. Taki sam odczyn może być wywołany przez zadziałanie na skórę zimna lub ciepła i podnietami psychicznemi. Obraz histologiczny (barw: *polychrom methylenblau Unny* na obecność komórek tucznych. Dopareakcja, barwienie na obecność hemosyderyny met. Perlsa). Naskórek niezmieniony. W warstwie podstawowej stwierdza się nierównomierne nagromadzenie barwika drobnoziarnistego, nie dającego reakcji hemosyderynowej. W skórze właściwej widoczny jest naciek z przewagą komórek tucznych, również charakterystycznych dla danego cierpienia. Etjologja pokrzywki barwikowej nie jest wyjaśniona.

Wszystkie dotychczas stosowane metody leczenia okazały się bezskuteczne. (Streszczenie własne).

W dyskusji prof. *Malinowski* mówi, że *urticaria perstans piometosa*, czy *cum pigmentotione* — właściwie jest jedno i to samo. Dlaczego ten stan alergiczny powstaje — nie wiemy. Obecnie zaczynamy leczyć takie stany desensybilizacją.

VI. Dr. *E. Sawicki*: Dwoinki Neissera we krwi w przebiegu rzeżączki (przeznaczone do druku).

W dyskusji prof. *Malinowski* podkreśla, że niesłusznie rzeżączkę uważa się za schorzenie miejscowe, przeczą temu obserwowane zmiany w sercu, stawach i t. p. Z tych względów badania rozpoczęte i przedstawione w dzisiejszym referacie są bardzo ciekawe i mogą wnieść dużo nowego. Dr. *Hanusowicz* podkreśla, że rzeżączkę już oddawna uważamy za chorobę bardzo poważną, która doprowadza wskutek zmian w gruczole krokowym, w gruczołach Covpera i t. p. nieraz do poważnych operacyj. Ostatnio badania dowodzą coraz bardziej, że rzeżączka może się i uogólnić.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki*.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 czerwca 1931 r.

Przewodniczy Prof. Dr. *K. Michejda*.

Obecnych 37 osób, w tem 18 członków i 19 gości.

Porządek dzienny:

1. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.
2. Dr. *E. Sedlis*: Zmiana płci a guzy jajnikowe.

Dyskusja: Prof. *Pelczar* podnosi niezwykle rzadkie występowanie przypadku opisanego przez Roberta Meyera, pod nazwą *Arrhenoblastoma*, przyczem podnosi rolę kory nadnerczy w przekształceniu płci i zapytuje, czy referent nie miał jakich danych w tym kierunku.

Dalej prof. *Pelczar* zwraca uwagę na niekonieczną zmianę w ilości hormonu jajnikowego w moczu, podając, że istnieją niektóre różnice przemiany materji.

Dr. *Zalewski* zapytuje, czy znane są przypadki zmiany płci u mężczyzn pod wpływem guzów w gruczołach płciowych męskich.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że Robert Meyer zaproponował nazwać te tumory „Arrhenoblastomatami", podkreślając tem nie histogenezę i nawet nie ich charakter funkcjonalny, lecz tę okoliczność, że tkanka tych tumorów jest zróżnicowana pod względem płciowym w kierunku męskim.

Stosunek tych tumorów do nadnercza i do przedniego płatu przy-

sadki mózgowej nie jest jeszcze ustalony, jak również niewyjaśnioną pozostaje sprawa nieczynności drugiego zdrowego jajnika. Przypuszczenia, że guz jajnikowy działa na cechy płciowe pośrednio, a mianowicie przez nadnercze lub przysadkę, nie udowodniono jeszcze dotychczas praktycznie. Sprawdzić stanu nadnercza podczas operacji, która się odbyła w okolicy miednicy małej, prelegentowi, rzecz zrozumiała, nie udało się. Na podstawie swego własnego spostrzeżenia i skrupulatnego studjowania wszystkich ogłoszonych w literaturze światowej 32 przypadków prelegent przychodzi do wniosku, że mamy tu jednak do czynienia z jednostką latentnie biseksualną.

Czy zmianę cech płciowych wywołuje wzmożony hormon jajnikowy, jak to przypuszcza Halban, czy też hormon męski, jak to twierdzi Robert Meyer, zdarzyć to się może tylko u osób zygotycznie biseksualnych, u których cechy heterroseksualne znajdują się w stanie utajonym, niedorozwiniętym.

Dalej prelegent zaznacza, że w literaturze światowej opisano tylko po 2 przypadki feminizacji pod wpływem guzów jądra i nadnercza. Mężczyzni prawdopodobnie o wiele rzadziej ulegają podobnym metamorfozom.

Charakterystyczne jest, że u zwierząt Steinachowskich, u których płeć została zmieniona drogą wszczepienia heteroseksualnego gruczołu, maskulinizacja udawała się o wiele częściej i wyraźniej, aniżeli feminizacja.

Posiedzenie naukowe z dnia 10 czerwca 1931 r.

Przewodniczący Dr. *Łukowski.*

Obecnych członków 24 oraz 19 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prof. Dr. *W. Jasiński*: „Sprawozdanie z IV-go Zjazdu Pedjatrów Polskich we Lwowie".

Dyskusja: Dr. *Baranowski* zapytuje, czy było omawiane na Zjeździe działanie środków chemicznych (optochina i t. p.) przy zapobiegawczym sposobie leczenia ropnego zapalenia opłucnej.

Prof. *Jasiński* w odpowiedzi wyjaśnia, że o jakiemś pierwszeństwie tego lub innego środka chemicznego nie mówiono, sprawę tę poruszano tylko ogólnie.

III. Prof. Dr. *W. Jasiński*: „O konieczności i sposobie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce".

Dyskusja: Dr. *Łukowski* podkreśla doniosłość poruszonego przez p. prof. Jasińskiego zagadnienia; wyrobienie własnych standartowych

norm może się przyczynić do bardziej ścisłych i naukowych studjów nad naszą rasą.

IV. Doc. Dr. S. *Bagiński*: „Układ pokarmowy a gruczoły dokrewne".

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: Dr. *M. Mienicki.*

W roku bieżącym przypada 25-lecie pracy naukowej Członka Wileńsk. Tow. Lek. Prof. D-ra Kazimierza Karaffy-Korbutta.

Komitet Redakcyjny Pamiętnika z prawdziwą przyjemnością notuje tu ukazanie się jubileuszowego zeszytu sierpniowego „MEDYCYNY", zawierającego długi szereg prac z zakresu higjeny, poświęconych Jubilatowi.

Komitet Redakcyjny poczytuje za miły obowiązek złożyć Czcigodnemu Profesorowi Karaffie-Korbuttowi powinszowania i serdeczne życzenia długich lat pracy na pożytek Nauki Polskiej.

Komitet Redakcyjny
Pamiętnika Wil. Tow. Lek.

Oceny.

Główny Urząd Statystyczny R. P. Mały rocznik statystyczny. Rok II, 1931. Warszawa, 8° minor, str. 168.

W roku ubiegłym Główny Urząd Statystyczny zapoczątkował wydawanie *Małego Rocznika Statystycznego*, który znacznie różnił się objętością i sposobem ujęcia danych od naszego zasadniczego *Rocznika Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej*. Książka miała duże powodzenie, gdyż wydanie zostało wyczerpane w ciągu paru miesięcy. Drugi *Rocznik* został ułożony według tego samego programu, jak i pierwszy. Zawiera on wszystkie zasadnicze działy statystyki w układzie zwięzłym, przyczem zwrócono uwagę na rozwinięcie działu porównań międzynarodowych, wobec czego czytelnik łatwo może zorjentować się co do miejsca, jakie Polska zajmuje wśród innych narodów w różnorodnych przejawach swego życia społecznego i gospodarczego.

Specjalnie nas interesujący dział demografji i ruchu ludności został przedstawiony dość szczegółowo. Współczynniki ruchu ludności doprowadzono do roku 1930 (mianowicie w r. 1930 współczynniki na 1000: ślubność 9,7, rozrodczość 32,8, umieralność 15,8 i przyrost naturalny 17,0). Przytoczono również dane, tyczące się ruchu naturalnego ludności w niektórych innych państwach w r. 1929.

Na str. 13 podano krótką tablicę 5: „Polska tablica wymieralności 1927 r.". Jest to bardzo krótkie zestawienie dla kategoryj wieku w odstępach pięcioletnich, bez podziału na płeć. Tabliczka podaje tylko liczby żyjących, prawdopodobieństwo zgonu i przeciętne dalsze trwanie życia. Jest to p i e r w s z a t a b l i c a w y m i e r a l n o ś c i, obliczona dla całej Rzeczypospolitej, i dlatego posiada duże znaczenie. Należy naturalnie pamiętać, że dane tablicy są tylko przybliżone, gdyż nie posiadamy dla roku 1927 ściślejszych danych statystyki naszej ludności, mianowicie rozkładu według wieku.

Mały Rocznik Statystyczny stanowi wydawnictwo bardzo udane i w wysokim stopniu pożyteczne.

K. Karaffa-Korbutt.

Dr. Med. *F. Kasperowicz.* W sprawie odżywiania ludności m. Wilna. Archiwum Higjeny T. III zesz. 3. Wilno 1931. 8°. str. 58.

Nakładem Magistratu m. Wilna oraz staraniem redakcji Archiwum Higjeny ukazała się pod tytułem powyższym pierwsza tego rodzaju w Polsce Niepodległej praca asystenta Zakładu Higjeny Uniwersytetu Wileńskiego i lekarza sanitarnego m. Wilna D-ra F. Kasperowicza, oparta na dużym materjale, uzyskanym zapomocą ankiety. Autor prze-

prowadził tę ankietę śród młodzieży starszych oddziałów i klas w szkołach powszechnych i średnich m. Wilna za pośrednictwem lekarzy szkolnych i kierowników szkół. Ankietę poprzedziły pogadanki, wyjaśniające jej cel i znaczenie i pouczające, jak należy formułować odpowiedzi na postawione w karcie ankietowej pytania. Pytania te były tak ułożone, że powtarzały się w odmiennej nieco formie, można więc było kontrolować wiarogodność odpowiedzi. Odpowiedzi były bezimienne i młodzież przeto nie miała powodu do krępowania się. Z 1164 zwróconych kart 141 trzeba było odrzucić z powodu nieodpowiedniego ich wypełnienia i ze względu na sprzeczności w odpowiedziach, resztę—1023 karty uznano za wypełnione zadowalająco, a odpowiedzi w nich—za wiarogodne. Materjał więc dotyczył odżywiania się 1023 rodzin, liczących 5178 osób, śród nich — 2604 dorosłych i 2574 dzieci do lat 16 włącznie. Według zatrudnienia żywicieli rodziny, objęte ankietą, należały do 2 grup—grupa pracowników umysłowych—przedstawiciele zawodów wyzwolonych, urzędników i handlowców — wynosiła 457 rodzin, liczących 2115 osób; grupa pracowników fizycznych — przedstawiciele rzemieślników, pracujących na roli oraz służby najemnej — 566 rodzin, składających się z 3063 osób. Liczby wyżej wymienione świadczą, że materjał jest rzeczywiście duży, a poszczególne grupy ludności m. Wilna, oczywiście z wyjątkiem warstwy zamożnej, są reprezentowane wystarczająco, aby można było oczekiwać, że przy krytycznej analizie danych ankiety wnioski będą uzasadnione.

Z braku miejsca nie mogę niestety podać ciekawych liczb, ilustrujących dość jaskrawo braki odżywiania się niewątpliwie dużego odsetka ludności m. Wilna, przytoczę jedynie końcowe wnioski autora:

„1. Znaczny odsetek ludności nie posiada energetycznego *minimum* w swem pożywieniu; zjawisko to bardzo wyraźnie występuje zwłaszcza w rodzinach rzemieślniczych, gdzie braki energetyczne w dziennej racji żywnościowej niekiedy sięgały 700 kaloryj na osobę dorosłą i dobę.

2. Pod względem doboru pokarmów najlepiej odżywiają się rodziny przedstawicieli zawodów wyzwolonych, najgorzej zaś rodziny robotnicze i urzędnicze, które wykazują niedobór białka wogóle, a białka pochodzenia zwierzęcego w szczególności.

3. Rozkład posiłków w ciągu dnia odbiega od ogólnych zasad higjenicznych, często są spożywane tylko 2 posiłki w ciągu dnia".

Poza tem autor podaje ogólną charakterystykę odżywiania się ludności: pewna jednostajność pod względem wyboru i przygotowania pokarmów, nieracjonalność tego wyboru, jak pod względem ekonomicz-

nym, tak też i higjenicznym, wyraźne pogorszenie odżywiania się w porównaniu z okresem przedwojennym.

Zdaniem autora, dla naprawy tego stanu rzeczy, należy: dążyć do szerokiej popularyzacji naukowych zasad odżywiania, wprowadzić w szkołach żeńskich dla dziewcząt starszych kurs nauki o produktach, o doborze i przyrządzaniu potraw, organizować koła wśród gospodyń w celu urządzania kursów gotowania i gospodarstwa, odczytów i pokazów racjonalnego odżywiania, dążyć do ułatwienia nabywania przez ludność po cenach najniższych produktów wysokowartościowych pod względem odżywczym, a przynajmniej ułatwiać uboższej ludności zaopatrywanie się w tanie mleko, jarzyny, mięso, pieczywo i tłuszcze, wreszcie tworzyć specjalne poradnie racjonalnego odżywiania się np. przy Ośrodkach Zdrowia; osiągnąć to wszystko można tylko zapomocą zespolonych wysiłków państwa, samorządu i społeczeństwa.

Pracę autora cechuje staranne opracowanie i trafne zestawienie dość trudnego pod tym względem materjału ankietowego, wiele interesujących spostrzeżeń i uwag, umiejętne wykorzystanie dawniejszego i nowego piśmiennictwa w zakresie higjeny odżywiania, ostrożne wnioskowanie, oraz szereg zwięźle sformułowanych zadań, ważnych z punktu widzenia higjeny społecznej. Na osobną wzmiankę zasługuje szerokie uwzględnienie polskich prac naukowych z zakresu higjeny odżywiania. Czyta się pracę z niesłabnącem zainteresowaniem; a przeczytać ją może z pożytkiem nie tylko lekarz-higjenista, ale też i każdy inteligent, jest bowiem napisana przystępnie i w dobrym polskim języku. Dołączono również obszerne streszczenia po francusku, niemiecku i angielsku.

A. Sofarewicz.

Dr. *M. Girszowicz.* Jak należy odżywiać się i zachowywać w chorobach serca. Wilno 1931. 8^0 minor. Str. 94. Księgarnia Kazimierza Rutskiego.

Jest to zkolei druga książeczka z zapowiedzianej przez autora serji, mająca swem zadaniem popularyzację wiadomości higjenicznych z zakresu odżywiania. Autor podaje nieco danych o chorobach serca, zaopatrując je wielu pożytecznemi wskazówkami, jak należy zachowywać się w tych chorobach; najwięcej zaś uwagi poświęca sprawie odżywiania, przytacza tu schematy djet i przykłady, jak można racjonalnie rozłożyć według godzin posiłki. Na końcu treściwie opisuje sposoby przyrządzania szeregu potraw i używek (161 przepisów), odpowiednich dla chorych na serce.

Treść i układ książeczki nie pozostawia nic do życzenia. Są oczy-

wiście pewne usterki mało znaczące, na które jednak powinna być zwrócona uwaga, zwłaszcza gdy chodzi o dziełko popularne. Przedewszystkiem możnaby nie podawać nazwisk autorów z pewnością nieznanych śród warstw, dla których przeznacza się dziełko. Jeżeli zaś mówi się najpierw, że Huchard jest w dzisiejszych czasach znakomitością (str. 9), jeżeli się powołuje na jego kompetentne zdanie, to nie można potem oznajmiać czytelnikom (str. 48), że to, co zaleca Huchard, mianowicie wyłącznie mleczne odżywianie, jest obecnie „potępiane i zabraniane". Dezorjentuje to czytelnika, poddaje bowiem mu myśl, że jeżeli znakomity Huchard robi błędy, które są potępiane, to cóż dopiero sądzić o innych autorach, wymienionych w książeczce, co do których wcale się nie mówi, że są znakomitościami. Dalej, są w paru miejscach zdania niedość zręcznie ułożone i niedość objaśnione. Np. na str. 25 autor podaje: „Chorzy na serce, zwłaszcza na tle reumatycznem, powinni unikać mieszkań wilgotnych". O szkodliwości mieszkań wilgotnych przekonani są wszyscy, należałoby więc mocniej podkreślić szkodliwość takich mieszkań dla chorych na serce i chociażby pokrótce objaśnić, na czem polega owa szczególna szkodliwość. Nieco dalej jest mowa o unikaniu mieszkań nad piwnicami, a także na piętrach wyższych i w suterenach. Piwnice są pod olbrzymią większością mieszkań na parterze, niemniej przeto bardzo wiele takich mieszkań parterowych w zupełności nadaje się na mieszkania dla chorych na serce. Należałoby więc ułatwić czytelnikowi zrozumienie, dlaczego sprawa wyboru mieszkania, posiadająca wogóle dla każdego, chorego czy też zdrowego, doniosłe znaczenie, nabiera szczególnej wagi, gdy chodzi o chorego na serce.

Na str. 35 autor mówi o najracjonalniejszym sposobie przygotowywania owoców, jarzyn i jagód, radzi przytem obmyć je wpierw w wodzie przegotowanej celem uniknięcia zakażenia, następnie zaś „gotować względnie dusić w zamkniętem naczyniu". U czytelnika niewątpliwie powstanie pytanie, poco ma on koniecznie w wodzie przegotowanej obmywać owoce, jarzyny i jagody, jeżeli następnie będą one gotowane czy też duszone?

Śród błędów językowych są oprócz takich samych, jakie były w pierwszem dziełku autora (patrz ocenę w zeszycie Pamiętnika za listopad-grudzień 1930 r.) również i inne. Przytoczę tu parę przykładów: „zadawalniające" zamiast zadowalające, „pod rząd" zamiast zrzędu, „krążenie krwi... bywa zaburzone" zamiast podlega zaburzeniu. Są też inne niedokładności, np. na str. 31 „budząc uczucie zmęczenia" zamiast uczucie znużenia.

Usterki te są, jak już zaznaczyłem, mało znaczące, a dziełko jest wartościowe, wzbogaca nasze dość ubogie w tej dziedzinie piśmiennictwo popularne i zasługuje na rozpowszechnienie.

A. Safarewicz.

Wiadomości bieżące.

Komitet organizacyjny czwartego zjazdu lekarskiego w Krynicy prosi nas o umieszczenie następującego komunikatu:

Dnia 15 i 16 maja 1932 r. (Zielone Święta) odbędzie się w Krynicy czwarty Zjazd Lekarski.

Tematem głównym obrad Zjazdu w części, odnoszącej się do medycyny wewnętrznej, mają być: *choroby przewodu pokarmowego.*

Tematem głównym obrad w części, odnoszącej się do ginekologji, ma być: *życie kobiety a wewnętrzne wydzielanie*, ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych.

Część trzecią Zjazdu wypełnią odczyty z dziedziny lecznictwa zdrojowego.

Podczas Zjazdu będzie zorganizowana wystawa środków lekarskich.

Komitet organizacyiny Zjazdu na tej drodze prosi wszystkich Kolegów o wzięcie udziału w Zjeździe, zgłoszenia odczytów w granicach przez program powyżej podany określonych.

Termin zgłoszeń dla odczytów zostanie zamknięty 15 lutego 1932 r.

Szczegółowy program Zjazdu ustalony będzie i rozesłany w marcu 1932 r.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr. Witold Skórkowski, Krynica.




B0000001659183